



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social

**Grupo com agressores sexuais no Complexo Penitenciário da Papuda:
Análise da atuação psicossocial para prevenção de comportamentos de risco**

Luiza Beatriz de Gusmão Stawiarski

Brasília – DF

2014



Universidade de Brasília - UNB
Instituto de Ciências Humanas- IH
Departamento de Serviço Social – SER

**Grupo com agressores sexuais no Complexo Penitenciário da Papuda:
Análise da atuação psicossocial para prevenção de comportamentos de risco**

Luiza Beatriz de Gusmão Stawiarski

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito para conclusão de curso e obtenção do diploma de Bacharel em Serviço Social, realizada sob orientação da Prof^ª Ms. Lucélia Luiz Pereira.

Brasília – DF

2014

**Grupo com agressores sexuais no Complexo Penitenciário da Papuda:
Análise da atuação psicossocial para prevenção de comportamentos de risco**

Luiza Beatriz de Gusmão Stawiarski

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito para conclusão de curso e obtenção do diploma de Bacharel em Serviço Social, realizada sob orientação da Prof^a Ms. Lucélia Luiz Pereira.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Andréia de Oliveira

Examinador interno

Assistente social Livia Vasco

Examinador externo

Prof. Ms. Lucélia Luiz Pereira

Orientadora

LISTA DE ABREVIATURAS

CIR – Centro de Internamento e Reintegração

CPP – Centro de Progressão Penitenciária

PDF 1 – Penitenciária do Distrito Federal 1

PDF 2 – Penitenciária do Distrito Federal 2

SUS – Sistema Único de Saúde

IAP's – Instituto de Aposentadoria e Pensão

DST – Doença sexualmente transmissível

PAV – Programa de Atenção à Violência

LEP – Lei de Execução Penal

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

CAPs – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1: A política de saúde brasileira	14
1.1 Um breve histórico sobre a saúde no Brasil e a implementação do SUS	14
1.2 Saúde Prisional.....	20
1.3 A atuação do assistente social na saúde	24
1.3.1 Serviço social e Saúde Prisional	27
Capítulo 2: Violência Sexual.....	31
2.1 Violência Sexual: uma questão de saúde	31
2.2 Violência Sexual: uma questão de gênero.....	35
2.3 Agressores Sexuais	40
Capítulo 3: O processo de ressocialização	46
Capítulo 4: O grupo realizado com agressores sexuais	52
4.1 Do perfil dos profissionais entrevistados	53
4.2 Caracterização e demandas de homens apenados por crimes sexuais.....	54
4.3 O “Grupo de Sexualidade” do Complexo Penitenciário da Papuda.....	55
Considerações Finais	63
Referências Bibliográficas	65
Anexos	69

AGRADECIMENTOS

A meus pais que sempre batalharam para me proporcionar as melhores condições de estudo e me deram a oportunidade de chegar até aqui. Essa conquista é nossa! Agradeço a meus irmãos e sobrinhos que sempre estiveram ao meu lado me apoiando.

Ao meu noivo que me acompanha desde a entrada na graduação e sempre esteve presente me apoiando e incentivando. Obrigada pelo companheirismo!

À professora mestre e orientadora Lucélia Luiz Pereira que me apoiou e incentivou desde o início da realização desta pesquisa e sempre esteve a disposição para orientar-me. Agradeço a paciência nos momentos difíceis, por acreditar em mim e servir de inspiração no que se refere a um profissional comprometido, ético e respeitoso.

À assistente social Livia Vasco que foi minha orientadora do Estágio Supervisionado e me proporcionou, de forma excelente, o conhecimento da prática profissional. A atuação ética e engajada nos valores da profissão me serve de exemplo para a profissional que pretendo ser.

À Prof. Dra. Andreia Oliveira, pela disponibilidade e interesse em avaliar o meu trabalho como participante da banca examinadora. Ademais, por todo o conhecimento passado, contribuições e críticas durante o processo de formação, principalmente na Prática de Pesquisa.

A todos os profissionais que contribuíram para a realização desta pesquisa e desde o início foram receptivos e compartilharam seus conhecimentos. Agradeço a disponibilidade e paciência frente os desafios encontrados.

Às minhas amigas, que são mais que colegas de faculdade e de profissão, Marina Sartori e Rafaela Ventura, que estiveram presentes desde o início da graduação. Me apoiaram durante os momentos que encontrei dificuldade e estavam sempre ao meu lado. Obrigada por tudo e vamos juntas enfrentar os desafios da profissão! “Pelas barbas de Marx!”

“A pena reside apenas na privação da liberdade, e não na privação dos direitos humanos fundamentais”.

RESUMO

Esta pesquisa consiste no trabalho de conclusão de curso de Serviço Social da Universidade de Brasília. O presente estudo visa analisar a partir da perspectiva psicossocial em que medida o grupo realizado com agressores sexuais no Complexo Penitenciário da Papuda contribui para a prevenção de um comportamento de risco e possível ressocialização dos participantes. A escolha do tema a ser pesquisado se torna relevante por compreender que estas pessoas precisam de ações diferenciadas, visto que muitas vezes se encontram isoladas dentro do próprio sistema.

O trabalho realizado com grupos possibilita uma atuação multiprofissional por parte da equipe, capaz de abordar diversos temas por diferentes perspectivas sobre violência sexual. Ademais, os encontros incentivam a reflexão e troca de experiências, práticas não rotineiras dentro do sistema prisional.

Além disso, um grupo direcionado aos agressores sexuais amplia a discussão de que são necessárias ações destinadas aos causadores da violência e não somente a vítima, visando à perspectiva da prevenção e da compreensão dos fatores que levaram ao ato violento.

Assim, um grupo que promova a reflexão crítica coloca-se como um instrumento que pode contribuir para ressocialização destes sentenciados. Para tanto, a metodologia utilizada na pesquisa foi de caráter qualitativa a partir de entrevista semiestruturada realizada com três assistentes sociais e três psicólogos que compõem as equipes de saúde dos presídios do Complexo Penitenciário da Papuda. Também foi realizada uma entrevista com um representante da Gerência de Serviço Social da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A pesquisa apontou a importância do grupo para a promoção da reflexão crítica e autoconhecimento por parte dos internos sentenciados por crimes sexuais. Indicou que por estar inserido no âmbito do sistema prisional e não possuir estrutura física nem humana suficiente, o grupo não pode garantir o tratamento. Ressaltou-se a relevância do grupo para o início de ações e programas destinados a este público.

Palavras-chave: Agressores Sexuais; Presídio; Saúde; Assistente Social; Psicólogo; Sexualidade.

ABSTRACT

This research is the work of completion for Social Work at the University of Brasilia. This study aims to analyze from a psychosocial perspective to what extent the group conducted with sex offenders in the Penitentiary of Papuda contributes to the prevention of risky behavior and possible rehabilitation of the participants. The choice of the topic to be researched is relevant to understand that these people need different actions, as they often find themselves isolated within the system itself.

The work with groups enables multiprofessional performance by the team, able to address various topics from different perspectives on sexual violence. In addition, the meetings encourage reflection and exchange of experiences, not routine practices within the prison system.

In addition, a group targeting sex offenders extends the discussion of what actions are necessary for the cause of violence and not only the victim, seeking the perspective of prevention and understanding of the factors that led to the violent act.

Thus, a group that promotes critical thinking arises as a tool that can contribute to rehabilitation of those sentenced. Therefore, the methodology used in the study was qualitative character from semi-structured interview with three social workers and three psychologists who make up the health teams the prisons of the Penitentiary of Papuda. Also an interview was conducted with a representative of the Social Services Management of the State Health Department of the Federal District.

The survey showed the importance of the group to promote critical reflection and self-knowledge by internal sentenced for sex crimes. He indicated that by being inserted in the prison system and not having physical structure or sufficient human, the group cannot guarantee treatment. He stressed the relevance of the group to the top of actions and programs aimed at this audience.

Keywords: Sexual offenders; Prison; Health; Social Worker; Psychologist; Sexuality.

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso de Bacharel em Serviço Social integra os resultados dos conhecimentos adquiridos durante o processo de formação e no campo de estágio. O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu de experiência vivenciada durante o estágio supervisionado realizado durante dois semestres na Penitenciária do Distrito Federal (PDF 1). A prática profissional consistia no atendimento aos internos do presídio e seus familiares. Além de atendimentos individuais, eram realizadas ações em conjunto com a psicologia.

A referida instituição é um presídio masculino de regime fechado, localizado no Complexo Penitenciário da Papuda. Nessa instituição os serviços de assistência à saúde do interno se materializam a partir de uma equipe de saúde multidisciplinar que possui um assistente social, dois psicólogos, dois dentistas, um enfermeiro, dois técnicos odontólogos, dois técnicos de enfermagem, um terapeuta ocupacional e um médico.

A partir dos atendimentos individuais e de outras ações realizadas, a psicologia e o serviço social identificaram um grupo específico de internos, que por consequência do crime cometido, se encontravam isolados dentro do próprio sistema e demandavam um olhar diferenciado. Assim, com o surgimento no Centro de Internamento e Reeducação (CIR), em 2012, propôs – se a formação de um grupo composto por internos condenados por agressões sexuais, visando um atendimento mais especializado, que compreendesse a real situação dessas pessoas com o objetivo de trabalhar a não reincidência, proporcionar a reflexão crítica sobre sexualidade de forma saudável.

Após dois anos de implementação o grupo se estendeu aos outros presídios do Complexo Penitenciário da Papuda (Penitenciária do Distrito Federal 1 e Penitenciária do Distrito Federal 2).

O presente estudo visa analisar a partir da perspectiva psicossocial em que medida o grupo realizado com agressores sexuais no Complexo Penitenciário da Papuda contribui para a prevenção de um comportamento de risco e possível ressocialização dos participantes. Desta forma a pesquisa foi construída por meio do levantamento e estudo de artigos que abordam temas como atuação da área da saúde em sistema fechado, violência sexual, o sistema

penitenciário, entre outros. Além de realização de entrevistas com psicólogos e assistentes sociais que realizam os grupos.

Por mais que a sociedade tenha se desenvolvido, tanto economicamente quanto nas suas relações sociais, o tema “sexo” continua sendo um tabu. Concomitante, o tema da violência sexual também não é discutido amplamente, o que empobrece os estudos e pesquisas nesta área.

Assim, para a elaboração da pesquisa teve-se dificuldade na realização da busca por referenciais teóricos. Os descritores utilizados foram: violência sexual; agressores sexuais; ressocialização; violência sexual e saúde; violência sexual e gênero; grupo de ressocialização; grupo e agressores sexuais. Os artigos encontrados abarcam os temas propostos, entretanto, não há pluralidade nas fontes.

A maioria dos estudos sobre a caracterização das pessoas que cometem crimes sexuais e as possíveis soluções de “tratamento” é de origem americana, o que demonstra uma defasagem na literatura brasileira sobre estes temas.

Procedimentos Metodológicos

A pesquisa foi realizada a partir da construção de um referencial teórico e de entrevistas com profissionais. Em relação às entrevistas foi utilizado como procedimento metodológico a técnica da pesquisa qualitativa composta por entrevista semi-estruturada.

“[...] dentro da pesquisa qualitativa, o papel do pesquisador é obter um panorama profundo, intenso e ‘holístico’ do contexto do estudo, muitas vezes envolvendo a interação dentro das vidas cotidianas de pessoas, grupos, comunidades e organizações. É uma abordagem naturalista a qual busca entender fenômenos dentro de seus próprios contextos específicos.” (GRAY, 2012, p. 135)

“Os tipos de ferramentas de coleta de dados e recursos usados pelos pesquisadores qualitativos também tender a ser diferentes, incluindo as entrevistas semiestruturadas, as observações, os grupos focais e a análise de materiais[...]” (GRAY, 2012, p.135)

Anterior ao processo das entrevistas o projeto da pesquisa foi submetido à autorização da Gerência de Saúde Prisional e também foi encaminhado e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a partir da Plataforma Brasil. É importante ressaltar que a apreciação do CEP não ocorreu em tempo hábil, por isso, para a realização das entrevistas, utilizou-se a autorização escrita da gerência de saúde prisional.

A entrevista semi-estruturada foi realizada com três psicólogos e três assistentes sociais, profissionais que trabalham nos grupos realizados com agressores sexuais. Além disso, foi realizada uma entrevista com um representante da Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde do Distrito Federal a fim de compreender a visão da gestão sobre o “Grupo de Sexualidade”. O questionário (Anexo 1) era composto por dezessete perguntas abertas divididas em eixos. O primeiro era a respeito da caracterização do profissional, o segundo sobre o perfil/caracterização dos agressores sexuais e o terceiro sobre o grupo realizado.

“Uma entrevista é uma conversa entre pessoas, na qual uma cumpre o papel de pesquisador. Com muita frequência, o entrevistador terá à mão um conjunto de perguntas escritas que são organizadas de forma estruturada e metodológica (uma entrevista estruturada). Outra possibilidade é que essas perguntas sejam usadas apenas como um auxílio à memória, para lembrar o pesquisador das áreas principais que precisam ser exploradas.” (GRAY, 2012, p. 299)

“As entrevistas semiestruturadas não são padronizadas e muitas vezes são usadas na análise qualitativa. O entrevistador tem uma lista de questões a ser coberta, mas pode não usar todas elas em cada entrevista. A ordem das perguntas também pode mudar, dependendo da direção que a entrevista tomar. Na verdade, podem ser feitas perguntas adicionais, inclusive algumas que não tenham sido previstas no início da entrevista, à medida que surgem novas questões. As respostas serão documentadas por anotações, ou, talvez, gravando-se a entrevista. A entrevista semiestruturada permite fazer aprofundamento das visões e das opiniões onde for desejável que os respondentes aprofundem suas respostas. [...] Esse aprofundamento também pode permitir levar a entrevista por novos caminhos, que embora não fossem considerados como parte original da entrevista, ajudam a alcançar o objetivo da pesquisa.” (GRAY, 2012, p. 302)

Em relação aos procedimentos éticos, antes da realização das entrevistas com os profissionais, foi explicado que as informações dadas são sigilosas, servindo apenas para o âmbito da pesquisa. Também foram entregues dois termos de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2), um com base no modelo do Comitê de Ética do Instituto de Humanas/UnB e o outro no Comitê de Ética da FEPECS/SES – DF.

Nos termos de consentimento estava explicado o tema e objetivo da pesquisa e também como seria realizada a entrevista. Estava colocada a possibilidade de desistência por parte dos entrevistados, sem que isso causasse qualquer tipo de prejuízo aos mesmos. Além disso, os profissionais não foram identificados, no intuito de garantir o anonimato das informações.

A coleta de dados durou um mês, mas a construção do referencial teórico iniciou-se antes atingindo um período de duração de cinco meses. Por se tratar de uma pesquisa no âmbito prisional, mais especificamente na saúde prisional, foram encontrados diversos

obstáculos para sua realização, dentre eles a questão da autorização para realização da pesquisa, bem como para entrada no presídio para coletar os dados a partir das entrevistas.

Por fim, reitera-se que o objetivo da pesquisa foi alcançado tendo em vista que foi possível analisar o grupo a partir da visão dos profissionais que nele atuam. Nesse sentido, os resultados do trabalho estão dispostos no quarto capítulo.

O Capítulo um discute a política de saúde brasileira e está dividido em três subitens. O primeiro subitem aborda a política de saúde com foco na implementação do Sistema Único de Saúde e na atenção em saúde no nível da Atenção Primária. O segundo trata a saúde no âmbito do sistema prisional, o terceiro aborda a atuação do assistente social no campo da saúde e também especificamente na saúde prisional.

O Capítulo dois discute o tema da violência sexual, sendo dividido em subitens que abordam a violência sexual como uma questão de saúde e a violência sexual como questão de gênero. Também discute-se o crime sexual a partir do Código Penal brasileiro e o perfil de homens que cometem este tipo de crime.

No capítulo três é abordado o tema da ressocialização como um dos principais objetivos da Lei de Execução Penal e discutido se este processo é alcançado no sistema penitenciário brasileiro atual.

O quarto capítulo consiste na análise de dados a partir das entrevistas realizadas e na obtenção dos resultados da pesquisa.

CAPÍTULO 1

A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

1.1 Um breve histórico sobre a saúde no Brasil e a implementação do SUS

Desde o século XVIII o Estado brasileiro enfrenta problemas em relação à assistência à saúde. Neste período, o sistema econômico se caracterizava por um sistema escravista, em que não havia quase nenhuma atenção à saúde. A assistência médica era realizada por meio da prática liberal ou por ações filantrópicas, sendo esta organização precária, em que os pobres não tinham acesso, restando somente à assistência prestada pelas Casas de Misericórdia.

No século XIX aconteceram profundas mudanças econômicas e políticas no Brasil e no mundo. No início do século surgia no Brasil um tímido capitalismo, iniciando-se um processo de capitalização que iria transformar relações de trabalho e relações sociais.

Em 1888 a escravidão foi teoricamente abolida e em 1889 o Brasil se tornava uma República. Este processo impulsionou a expansão das forças produtivas e do comércio. Neste sentido, para atender o mercado, Mário Theodoro (2008) afirma que houve uma política de imigração financiada pelo governo que culminou na formação da classe operária brasileira: ex escravos e imigrantes.

Em relação à saúde, a situação era ruim, caracterizando-se por altos níveis de mortalidade, epidemias e diversas doenças. Atrelada a esta situação as condições de saneamento também eram ruins, de forma que contribuíam para a propagação de doenças. A saúde pública se limitava a ações emergenciais, como por exemplo, campanhas. Não existia neste período uma preocupação com a saúde pública, nem com a prevenção e promoção da saúde.

Somente na metade do século XIX começaram a aparecer as primeiras associações mutuárias, que eram destinadas a ações sócio-assistenciais.

“[...] tinham como objetivos ações assistenciais: serviços médicos-farmacêuticos, auxílio em caso de enfermidade, invalidez, velhice e funerais.”
(BRAVO, 2013, p. 114)

Percebe-se que neste período já começam a surgir formas de associações médicas preocupadas com a questão saúde. A emergência de movimentos que se preocupavam com a saúde e uma nova forma de organização foram influências trazidas pelos imigrantes quando chegavam ao Brasil. Em alguns países da Europa já existiam modelos de atenção à saúde, como por exemplo, na Alemanha, um modelo caracterizado pelo seguro social. Assim, o

século XIX se caracterizou pelo surgimento dessas associações e pelo início da luta da classe operária por melhores condições de trabalho e de saúde. (Bravo, 2013)

No início do século XX, como afirma Braga (1986), a saúde emerge como “questão social”, no contexto de exploração da economia cafeeira, que se caracteriza pelo avanço da divisão do trabalho, surgindo novas formas de relação de trabalho e relações sociais.

Neste período os movimentos operários se intensificam de forma que a questão social era considerada um caso de polícia, baseada na repressão dos movimentos dos trabalhadores. Entretanto, com a intensificação das reivindicações, os governantes percebem que a repressão não era a melhor forma de combater os movimentos.

“Tornava-se necessário responder às demandas ‘aceitáveis’ da movimentação operária, as que não ameaçassem à dominação da oligarquia.” (BRAVO, 2013, p.121)

Desta forma, há a idéia de propor novas medidas relacionadas à questão dos trabalhadores, medidas que acalmassem os ânimos da população operária.

Foram propostas medidas de saúde do trabalhador e higiene, que culminaram no “embrião do esquema previdenciário brasileiro”, as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas em 1923. Estas caixas eram financiadas pelos empregadores (não exclusivamente) e os benefícios eram proporcionais à contribuição. Dentre eles tinham: assistência médico – curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, auxílio funeral, entre outros.

A década de 30 representou uma transformação na saúde. A política de saúde estava organizada em dois subsetores: o da medicina previdenciária e o da saúde pública. Basicamente a saúde pública concentrou suas ações para a criação de condições mínimas de sanitarismo. As principais ações adotadas eram as campanhas sanitárias, que se caracterizavam por uma ação de controle e policialesca.

Além disso, existiam serviços de combate às endemias e interiorização das ações para as áreas rurais. A medicina previdenciária surgiu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que tinha como objetivo atingir um número maior de trabalhadores. Os Institutos tinham um maior controle do Estado e o financiamento não era tripartite como nas Caixas de Aposentadorias, ou seja, neste momento a previdência deveria ser autofinanciável, a partir do aumento das contribuições dos empregados e empregadores.

Logo, permanece precária a situação do setor saúde. A política de saúde existia e teoricamente fazia a cobertura de toda a população. Porém, ainda existiam muitas pessoas no

mercado informal, que não possuíam a cobertura do seguro e dependiam da saúde pública, que como dito se limitava a ações emergenciais e de controle social.

Com a entrada do regime militar na década de 60, o país passou a ser administrado para uma função desenvolvimentista (que já estava presente desde o governo JK) a partir de um aparelho estatal burocratizado. A respeito das questões sociais, um “binômio repressão – assistência” foi utilizado com o objetivo de se ter um controle maior da sociedade e garantir a legitimidade para o novo regime.

Em 1966 houve a unificação dos IAPs, que gerou maior intervenção do Estado e perda da participação dos trabalhadores na gestão da previdência.

“A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.” (BRAVO, 2013, p.06)

Neste contexto em que o país assumia características capitalistas e se submetia a interesses de capitais estrangeiros, houve o declínio da saúde pública e o aumento e incentivo à medicina previdenciária. Para Teixeira (1986) este modelo de saúde deu ênfase à prática curativa, individual, assistencialista e especializada em articulação com o Estado e interesses do capital estrangeiro, por meio das indústrias farmacêuticas e trabalhadores autônomos.

Houve a organização da prática médica em moldes que obedeciam à lógica da expansão do capital e a interferência do Estado na previdência, orientando a prática médica para a lucratividade.

Ao final da década de setenta se difundiu um pensamento crítico em relação à saúde, que originou o Movimento de Reforma Sanitária, articulado com outros setores da sociedade, em que trazia em suas bases ideológicas profissionais militantes da saúde, o âmbito universitário e sociedade civil.

O movimento emergiu em um contexto de crise da previdência social (que era a principal fonte de financiamento da saúde), propondo alternativas para o fortalecimento do setor público como provedor da saúde. Assim, dentro do movimento colocou-se a proposta do “Sistema único e descentralizado de saúde”, que serviu de base para o Sistema Único de Saúde.

Na década de oitenta iniciou-se o processo de redemocratização do país com o fim do regime militar. As mobilizações sociais emergiram no terreno político e social reivindicando a garantia de direitos, melhoria nas condições de saúde e trabalho, entre outros.

As reivindicações da sociedade civil e a pressão popular resultaram na Constituição Federal de 1988, conhecida também como “Constituição Cidadã”, justamente por trazer a garantia de direitos que antes não estavam previstos e o dever do Estado na garantia dos mesmos. Com a saúde não foi diferente, a Constituição trouxe a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, além de colocá-la dentro da Seguridade Social, articulada com a Previdência Social e Assistência Social.

A Constituição Federal trouxe na Seção II os direitos à saúde. No artigo 196 coloca-se que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” Do artigo 196 ao artigo 200, a política de saúde é afirmada como um direito, de responsabilidade do Poder Público.

Para Teixeira (1989) os principais aspectos aprovados na Carta foram: o direito universal à saúde e dever do Estado, as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, a constituição de um sistema único de saúde e integrado com outros serviços públicos em uma rede descentralizada, hierarquizada, regionalizada e integral, a participação do setor privado apenas como complementar e a participação social.

Apesar da Constituição ser de 1988, apenas em 1990 com a Lei 8.080/90 é que legitimou-se o Sistema Único de Saúde. Esta lei “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. O SUS trouxe alguns princípios: doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são aqueles que permeiam a implementação do SUS: universalidade, equidade, integralidade. E os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, sendo eles: descentralização, regionalização e hierarquização e participação e controle social. Logo, percebe-se que houve incorporação de diversas reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária.

O Sistema único de Saúde está organizado em níveis de atenção a saúde, sendo eles: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. A prestação do serviço de saúde deve considerar a integralidade entre estes níveis, para a garantia da qualidade do serviço prestado. A divisão em níveis de saúde representa um avanço na política de saúde brasileira, visto a importância que se coloca para a prevenção e promoção da saúde em detrimento de atendimentos somente curativos, de urgência e alta complexidade.

A atenção primária possui alguns princípios ordenadores que demonstram a importância desta estratégia para o atendimento em saúde. O primeiro contato, ou seja, deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, priorizando a ação preventiva e a promoção da qualidade de vida.

A longitudinalidade que representa o contato dos profissionais com os usuários permitindo um atendimento mais humanizado, além da abordagem familiar que orienta esta atenção, visando o conhecimento não somente do indivíduo mas da sua família e condições de vida a fim de garantir a assistência integral baseando-se em um conceito de saúde ampliado.

A materialização da atenção primária se dá pelo Programa de Saúde da Família:

“O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. [...] Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028)

Assim, a atenção primária busca romper com o modelo vigente de saúde que se tinha antes da implementação do Sistema Único de Saúde, enfatizando a necessidade da prevenção dos agravos e promoção da saúde a partir de um conceito ampliado que enxerga o indivíduo inserido em um contexto social. Há a priorização por um atendimento humanizado e que realmente acompanhe continuamente o indivíduo, estruturando-se no conceito de territorialidade.

“A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997)

A atenção secundária é prestada por uma rede especializada, entre elas ambulatórios e hospitais. Considera-se um atendimento de média complexidade baseando-se em procedimentos especializados.

“Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária⁽²⁾, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.” (ERDMANN et al., 2013, p. 01)

Já a atenção terciária é conceituada como um serviço de alta complexidade, que pressupõe o hospital como um espaço de cuidados. Embora a rede de atenção à saúde seja dividida nestes três níveis de atenção e o princípio da hierarquização esteja presente, isso não significa que um nível de atenção seja mais importante que outro.

Os três níveis de atenção em saúde se complementam e devem ser utilizados de forma crescente, ou seja, o indivíduo deve acessar os serviços, prioritariamente, por meio da atenção primária, evitando o agravamento da doença.

Em articulação com a Lei 8.080/90 está a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação social na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros intergovernamentais. Esta lei legitima a participação e controle social a partir de Conselhos e Conferências de saúde como instâncias deliberativas, para que usuários, gestores e profissionais da saúde possam discutir sobre a política de saúde em sua região, buscando melhorias no atendimento de qualidade aos usuários, garantindo a universalidade de acesso, entre outros princípios colocados.

Em vinte anos completados do Sistema Único de Saúde, inúmeras pesquisas foram realizadas para comprovação ou não da melhoria na política de saúde a partir da implementação de um sistema universal. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde lançou um documento que trazia o histórico do SUS, seu funcionamento em todos os setores e uma avaliação a partir de desafios e avanços, com vinte anos de Sistema Único de Saúde.

“A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde entre os incluídos e os não – incluídos economicamente com a implantação do princípio da universalidade, que pôs fim à figura iníqua dos indigentes sanitários (não previdenciários), promovendo a integração do Inamps ao sistema público de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com a concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho” (CONASS; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Assim sendo, o SUS trouxe uma total transformação para a política de saúde vigente até a década de oitenta. A partir deste momento, a saúde não estava restrita aos trabalhadores e as ações de saúde pública não se limitavam ao tratamento da doença a partir de ações campanhistas e policiaesca.

Além disso, na década de noventa políticas de cunho neoliberal apareciam com mais evidência no país, em que traziam a privatização dos serviços sociais e da saúde como solução

para a crise fiscal. Desta forma, implantar um sistema universal e de responsabilidade do Poder Público dentro deste contexto foi uma conquista ainda maior.

Em um país com as dimensões territoriais do Brasil, com a população crescente (aumento da expectativa de vida) e com os mais de cinco mil municípios, é bastante complexa a garantia do funcionamento de cem por cento do sistema de saúde. É de conhecimento que existem muitas falhas e que na prática nem todos os princípios são garantidos.

O fortalecimento do setor privado e da indústria farmacêutica, além do mito de que “tudo que é público é de má qualidade” dificultam a concretização do SUS. Assim como foi uma conquista social a implantação deste sistema, também precisa ser uma conquista da população a garantia de acesso e melhoria nos serviços prestados. Entretanto, não pode-se deixar de destacar a importância do SUS, bem como o mínimo de direito a saúde que foi garantido a partir de 1988 a todos os brasileiros.

1.2 Saúde Prisional

Embora as prisões sejam instituições antigas, no Brasil, apenas em 1984 foi lançada uma lei que efetivasse as disposições de sentença ou decisão criminal. A Lei de Execução Penal (7.210/84) representa a legalidade das penas e traz a reinserção social como um dos objetivos a serem conquistados durante a punição ao condenado. Em seu artigo primeiro isso fica bem claro. “A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.”

Para que a reinserção do indivíduo seja possível, é garantida em Lei a assistência ao preso e ao internado, como dever do Estado, a fim de prevenir o crime e orientar o retorno a sociedade (Artigo 10). O Capítulo II – Da Assistência, artigo 11 prevê assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. Em relação à saúde, a Seção III é reservada a esta política. O artigo 14 “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”, traz um avanço em relação à prestação do serviço de saúde nas penitenciárias. A partir deste marco, é garantido o acesso à saúde, além de ações não apenas curativas, mas também preventivas.

Alguns anos após a Lei de Execução Penal uma nova constituição foi regulamentada. A Constituição Federal de 1988 trouxe avanços em relação aos direitos da população brasileira e significou um rompimento com a dicotomia medicina previdenciária e saúde

pública, garantindo a política de saúde como um direito de todos e dever do Estado. Em 1990 foi lançada a Lei 8.080/90 que regulamentou o Sistema Único de Saúde e garantiu acesso universal a todos os cidadãos brasileiros. Além da universalidade, o SUS prevê o princípio da igualdade “sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” na assistência à saúde.

Desta forma, o Sistema Único de Saúde veio fortalecer o direito de assistência à saúde a pessoas que cumprem pena. Há a busca pela concretização do princípio da igualdade em que não deve haver discriminação nos serviços de saúde prestados, além do direito ao acesso por qualquer brasileiro. Apesar da Lei de Execução Penal prever a assistência à saúde, esse serviço foi de fato garantido a partir da Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. De 1984 a 2003 percebe-se uma defasagem de tempo, entretanto, a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90 fortaleceram a necessidade de serviços de saúde em instituições prisionais.

“Entre a LEP, de 1984 e o PNSSP, de 2003, a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, consagraram a máxima de que a ‘saúde é direito de todos e dever do Estado’, respectivamente instituindo e normatizando o SUS no Brasil.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Assim, em 2003 foi lançada a Portaria Interministerial nº 1.777 pelo Ministério da Justiça em parceria com o Ministério da Saúde. Esta portaria intersetorial prevê a necessidade da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população carcerária. Logo, esta portaria estabelece um novo rumo para o atendimento, agora de acordo com os princípios do SUS. Além disso, comprova a importância da intersetorialidade dos órgãos para garantia das assistências previstas em lei aos internados e condenados.

“[...] também consolida uma perspectiva já apontada na LEP/1984, de construção de possibilidades de reinserção social da população privada de liberdade, seja pela via da educação, do trabalho ou da saúde, embora tendo em conta a relevância ímpar da assistência jurídica a essa parcela da população do país.” (BRASIL, 2010)

A Portaria se materializa com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que foi uma ação estratégica de garantia do acesso à saúde pela população carcerária em um contexto que a política de saúde é uma política universal.

“[...] no PNSSP, a assistência é guiada pela lógica da atenção básica, qual seja, a prevenção e promoção em saúde enquanto atividades prioritárias, bem como o investimento em grupos de risco reunidos com base em instrumentos epidemiológicos de aferição da prevalência e incidência de doenças e agravos.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

O plano afirma um serviço de saúde preventivo que busca a promoção da saúde, tendo em vista as condições insalubres das penitenciárias brasileiras. A proposta que está colocada a partir deste momento é a prevenção das doenças, e não somente ações curativas. O plano significou um marco no serviço de saúde prisional norteando a ação das equipes de saúde, prevendo inclusive um incentivo financeiro para que o atendimento seja garantido. Entre as ações previstas estão: saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV, saúde mental, hepatites, hipertensão e diabetes, tuberculose, hanseníase e aquisição e controle de medicamentos. A partir destas ações fica claro que houve uma preocupação para elaboração de programas de saúde que realmente atingissem a população carcerária, que em grande parte, sofre de doenças infecto-contagiosas vista as condições sub-humanas de sobrevivência.

O plano também consolida a obrigatoriedade de equipes mínimas de saúde que realizem estas ações de atenção básica dentro das penitenciárias. No artigo oitavo coloca-se “Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.” Sendo assim, estas equipes podem estar localizadas em um posto de saúde fora da unidade prisional ou em uma unidade de saúde dentro do sistema quando a população carcerária ultrapasse cem pessoas. Além disso, está posto que a cada quinhentos presos seja necessária uma equipe de saúde.

Dentro do que foi posto, é notório que desde a década de oitenta o poder público tem se preocupado com a assistência prestada a pessoas privadas de liberdade e isso não se restringe ao âmbito da saúde. Segundo o Ministério da Saúde, entre 2003 e 2009 todos os estados solicitaram adesão ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, comprovando o interesse em garantir o acesso à saúde e organizar esses serviços.

As ações não se encerraram com este plano. Em 2013 foi lançada a Portaria Interministerial nº 1679 que “institui o grupo de trabalho interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional”. Os representantes deste grupo serão formados por diferentes órgãos da União, comprovando a necessidade de construção e gestão de uma política de forma intersetorial.

Em janeiro de 2014 os ministros de estado da saúde e de justiça instauraram a Portaria Interministerial nº 1 que “Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Esta política tem como objetivo garantir o acesso integral ao SUS pelas pessoas privadas de liberdade, e para isso possui princípios e diretrizes que baseiam essa ação.

Os princípios são: respeito aos direitos humanos e justiça social; integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção; equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos; promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas; corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Além dos princípios, diretrizes como a promoção da cidadania da população carcerária por meio da articulação com outros setores, atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade, controle e/ou redução dos agravos mais frequentes e respeito à diversidade étnico cultural, às necessidades físicas e mentais, condições socioeconômicas e orientação sexual e identidade de gênero demonstram a evolução da política de saúde destinada à população carcerária, desde a Lei de Execução Penal até os dias atuais.

Desde a Portaria de 2003 até a mais recente, percebe-se a preocupação não somente com a saúde considerada como fator biológico, mas sim com os determinantes da saúde, que influenciam no processo de adoecimento do indivíduo. A promoção da qualidade de vida e a prevenção de agravos são considerados fatores importantes nos serviços de saúde que serão prestados, concretizando uma prática multidisciplinar que compreenda o indivíduo como um organismo complexo que precisa de ações oriundas de diversos especialistas em saúde, para que a saúde física e mental seja preservada.

Ainda há muito o que percorrer para que o sistema carcerário brasileiro proporcione condições mínimas de sobrevivência e possa atingir o objetivo de reintegrar o indivíduo ao convívio social. A assistência à saúde é um dos mecanismos que viabilizam a melhoria da

qualidade de vida nesta instituição. Portanto, os investimentos em ações e uma política de atenção à saúde destinada a este público contribuem para o processo de ressocialização e melhora na qualidade de vida durante o período de internação.

1.3 A atuação do assistente social na saúde

Ao final do século XIX, a sociedade usava da filantropia para a boa convivência e ajuda aos mais necessitados, visto a ausência de leis trabalhistas, sanitárias, entre outras. O Estado utilizava as ações assistenciais como forma de controlar a sociedade que encontrava-se em situação de abandono.

A profissão emergiu neste cenário como um dos mecanismos do Estado para controlar a sociedade e promover a ordem social que estava ali posta. As ações caritativas amenizavam as péssimas condições de vida e acalmavam o ânimo da população. Neste sentido, o início da profissão foi marcado por ações filantrópicas, ligadas a Igreja Católica e como uma das ferramentas de dominação do Estado.

Em relação ao serviço social na saúde, este desenvolveu-se no início do século XX nos Estados Unidos. Os problemas conseqüentes da situação da saúde na sociedade estavam se tornando mais evidente, de forma que as instituições necessitavam de outros profissionais.

“[...]com a complexidade da atenção à saúde e a expansão dos hospitais, houve necessidade de outros profissionais além dos médicos, bem como procedimento de registro e administração mais sofisticados.” (BRAVO, 2013)

“Um dos fatos significativos para a normatização da prática do Serviço Social na saúde foi a publicação, pela Associação Norte Americana de Assistentes Sociais Médicos, em 1949, do regulamento para ser aplicado pelo profissional nos hospitais, clínicas e sanatórios. Estas normas compreendiam: a prática do Serviço Social de Caso; a elaboração de programas e a formulação de normas na instituição médica; a participação no desenvolvimento de programas de saúde e bem-estar da comunidade; programas educacionais para pessoal profissional; investigação social.” (BRAVO, 2013)

No século XX o Serviço Social na área da saúde emerge no Brasil, chamado de “Serviço Social Médico” atrelado ao controle de doenças transmissíveis e hereditárias. A perspectiva da saúde neste período ainda estava relacionada a ações campanhistas, de forma que o assistente social desenvolvia ações neste campo. A educação do povo era uma atribuição que estava relacionada ao ajuste do paciente às normas societárias. Também como um profissional de apoio ao médico, os assistentes sociais da época deveriam conhecer a situação dos pacientes e contribuir para o atendimento do médico.

“Os assistentes sociais atuaram nas seqüelas das situações de saúde das classes trabalhadoras com a visão de mundo produzida por frações das classes dominantes, visando à reprodução das relações sociais. [...] A conotação de controle ideológico da sociedade burguesa, sancionada pela Igreja, era assumida pelos profissionais, que buscavam na sua intervenção o consenso social.” (BRAVO, 2013)

Até a década de sessenta, as ações de controle predominavam no serviço social. Com o desenvolvimento do capitalismo, da industrialização, processo de urbanização e conseqüente alteração das relações sociais algumas profissões começaram a repensar suas práticas. No início da década, alguns assistentes sociais começaram a questionar a prática conservadora perante os usuários do serviço e propor novas formas de atuação. Na década de sessenta aconteceu o “Movimento de Reconceituação” do Serviço Social, que rompeu com práticas culpabilizadoras, conseravadoras para transformação do agir profissional. Houve a influência do pensamento de Karl Marx e outros estudiosos que traziam uma visão mais moderna à profissão, que rompia com o serviço social atrelado à dominação burguesa.

Nesse sentido, o assistente social passa a ter o compromisso com a equidade social e com a justiça, a partir da defesa intransigente dos direitos humanos, da democratização da informação, da ampliação da cidadania e outros princípios fundamentais postos no projeto ético – político da profissão.

No mesmo período o Movimento de Reforma Sanitária emergia em busca de um novo debate sobre a saúde, questionando as ações sanitárias postas até o momento e propondo melhorias nas condições de saúde, bem como uma saúde de acesso universal, não restrita a trabalhadores, como predominava na época. Durante o regime militar estes movimentos foram reprimidos e em relação à saúde houve o incentivo ao setor privado em detrimento da saúde pública.

No processo de redemocratização do país e com novas bases teóricas o serviço social tem no âmbito da saúde novas práticas, embasadas em uma nova política de saúde, que garanta acesso universal aos cidadãos. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, o campo da saúde se tornou um grande empregador de assistentes sociais, que agora atuam na perspectiva de garantia deste direito, atrelado a outros setores da sociedade.

O assistente social a partir deste momento compreende uma atuação inter e multidisciplinar, em uma perspectiva humanizada, buscando garantir melhoria na qualidade do serviço prestado. Além disso, ampliou-se o campo de atuação do assistente social.

“Dento dessa perspectiva é que cabe ao assistente social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde.” (MIOTO; NOGUEIRA, p.08)

As ações do assistente social no âmbito da saúde não acontecem de forma isolada, mas são articuladas com práticas de outros profissionais visando à interação da equipe de trabalho no tratamento do indivíduo como um organismo complexo. Não somente neste sentido, o assistente social pode também atuar na formulação da política de saúde e na gestão da mesma.

Por se tratar de um campo relativamente novo e o assistente social estar inserido em uma equipe multiprofissional, muitas dúvidas – por parte dos outros profissionais, dos usuários e do próprio assistente social – surgiram em relação a prática profissional neste âmbito. O Serviço Social realiza ações de acolhimento, atendimento individual, visita domiciliar, realização de grupos em conjunto com a psicologia, reuniões multidisciplinares, estudos de caso, entre outros. Entretanto, era necessário um documento que afirmasse o que era de competência do assistente social.

Assim, em 2010 o Conselho Federal de Serviço Social lançou “Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” a fim de esclarecer a prática profissional neste campo e evitar a atribuição de atividades ao assistente social que não eram de sua competência.

“O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade [...]” (CFESS, 2010, p. 39)

O âmbito da saúde é um espaço privilegiado para o assistente social, que abre espaço para a prática articulada com outros setores da sociedade compreendendo o indivíduo em suas relações sociais. O assistente social traz as concepções defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária à medida que afirma a saúde como uma política universal e busca a concretização do acesso a toda sociedade. No que se refere à Saúde Mental, que também é um espaço de atuação, este deve garantir que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam postos em prática, visando colocar fim no modelo manicomial que prevaleceu durante muitos anos no tratamento dado às pessoas que sofriam de algum transtorno mental.

“Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” (CFESS, 2010, p. 41)

Assim sendo, as ações do assistente social devem ultrapassar o caráter emergencial do atendimento em saúde e buscar por meio da ação socioeducativa a reflexão dos usuários sobre a sua situação e contribuir para a construção de uma postura autônoma, embasada na compreensão da saúde como um conceito ampliado.

Como em todos os campos de atuação, o âmbito da saúde também apresenta desafios à prática do assistente social. Por se tratar de uma equipe multiprofissional o assistente social precisa criar uma relação de igualdade com os outros profissionais, mostrando a importância do seu trabalho e explicitando suas atribuições. Além disso, o maior desafio é a garantia do direito do usuário ao acesso integral e atendimento de qualidade a política de saúde e a articulação com a rede socioassistencial, visto o contexto de restrição de direitos e privatização de serviços públicos da sociedade brasileira.

1.3.1 Serviço Social e Saúde Prisional

O sistema penitenciário traz as consequências do abandono do Estado e da sociedade civil frente a determinados segmentos sociais, e com isso, apresenta as mazelas da questão social. Logo, é um espaço de intervenção do assistente social, que traz consigo o olhar de direitos humanos e justiça dentro de um sistema tão precário, como é o sistema prisional brasileiro.

Entretanto, a atuação do assistente social na área da saúde dentro do sistema penitenciário não é antiga. Foi somente a partir da Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003, que o Ministério de Estado da Saúde e o Ministério de Estado da Justiça consideraram: “A importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS -, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuídas em todas as unidades fechadas.” Visto isso, as equipes de saúde são compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um assistente social, um psicólogo, um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário.

O acesso da população carcerária aos serviços de saúde é garantido legalmente pela Lei de Execução Penal (7.210/1984) e pela Lei 8.808/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Prisional do DF (Resolução nº 01/2004).

No sistema prisional as ações de saúde são de atenção básica, constituindo-se em ações integrais.

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.” (Brasil, Departamento de Atenção Básica).

Por ter a prática inserida em uma equipe de saúde que atua na concepção de saúde como direito ampliado, a ação do assistente social está sempre voltada para garantia da saúde física e mental. O objetivo profissional ao atender o interno é promover a saúde com o mínimo de assistência. Segundo as autoras Paula Foltran, Ludmila Levyski e Camila Freitas:

“[...] a Portaria nº 1.777 equipara as equipes de saúde do sistema penitenciário às unidades básicas de saúde, porém, elas não dispõem de condições para uma intervenção de média complexidade, muito embora isso seja constantemente cobrado.” (2009, p. 92)

“[...] segundo a Portaria, a equipe de saúde deve atender às necessidades de atenção no nível básico e também, minimamente, à assistência no nível da média complexidade, bem como componentes de urgência. No entanto, a realidade dos presídios demonstra ser incompatível tal atenção diante da precária estrutura de pessoal.” (2009, p. 101)

Essas ações são realizadas pelos profissionais de saúde que em equipe, buscam atingir os objetivos postos acima, seguindo as diretrizes propostas. Deve-se considerar que o ambiente de trabalho influencia a prática profissional, de forma que a promoção/prevenção da saúde muitas vezes se torna uma ação difícil, visto o ambiente insalubre e o acesso aos internos, no sentido de dificuldade desse acesso para exposição de palestras que visem a prevenção. Muitas vezes a equipe de saúde atua com o tratamento, a reabilitação e a busca pela manutenção da saúde, de um organismo saudável.

A atuação profissional consiste na orientação do interno e de sua família sobre seus direitos e deveres contemplados na Lei de Execução Penal e portarias adicionais, conhecimento das demandas advindas dos internos para busca de possíveis soluções, promoção de ações que visem à manutenção dos vínculos familiares, reabilitação do interno, promoção de ações que possibilitem a ressocialização, atuação conjunta com os profissionais da psicologia, assistência à família e ao interno, entre outros.

Essa atuação é viabilizada por meio de ações e programas desenvolvidos pelo assistente social na área de saúde prisional. O atendimento individual consiste em uma entrevista a partir da demanda do interno. Esse atendimento é realizado em um consultório na presença de uma escolta, ou seja, de um agente responsável pela garantia da segurança durante o atendimento. A autora Eunice Fávero descreve a entrevista de forma como ela realmente acontece no atendimento individual:

Ao se realizar uma entrevista, parte-se de um objetivo profissional e se almeja uma finalidade. Sempre que possível, o primeiro passo para desenvolvê-la é munir-se das informações referentes a antecedentes da situação a ser estudada, para obter elementos que possibilitem o avanço do diálogo, evitando que o usuário seja obrigado a repetir informações que já constam de um prontuário ou auto processual. (FÁVERO, 2009, p. 04)

Dessa forma é realizada a entrevista, ou seja, há uma leitura prévia do prontuário com o objetivo de compreensão da situação do interno e posteriormente com o diálogo busca-se a resolução do problema. Apesar da presença de uma escolta, o profissional age de acordo com o Código de Ética tentando garantir o sigilo e transcrevendo para o prontuário apenas o que é necessário, deixando as informações confidenciais no caderno de anotações próprio do serviço social.

Além do atendimento individual, ações conjuntas com a psicologia são realizadas, a exemplo dos grupos multiprofissionais, que visam a reflexão do interno a partir de uma perspectiva sócio educativa do assistente social. O Serviço Social também atua junto às famílias das pessoas que se encontram privadas de liberdade, justamente por compreender que o processo de ressocialização e a promoção da qualidade de vida são processos coletivos que envolvem o indivíduo e seu grupo familiar.

Logo, para que a prática do assistente social seja condizente com seu projeto ético político é necessária a articulação com a rede socioassistencial, com a própria equipe de saúde, visando a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, mesmo inserido em um ambiente insalubre.

A partir disso, percebe-se que a atuação do assistente social busca um tratamento mais humanizado dentro do sistema, que apesar de ter como finalidade a ressocialização, muitas vezes exerce práticas como a repressão, violência e exclusão. Como resultado, tem-se um conflito constante na atuação do assistente social, que traz justamente esse olhar de garantia de direitos e justiça dentro do sistema penitenciário.

CAPÍTULO 2

VIOLÊNCIA SEXUAL

2.1 Violência sexual: uma questão de saúde

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (Dahlberg; Krug, 2007, p. 03)

A violência está presente no mundo e é responsável por inúmeras mortes anualmente. Pela concepção de saúde pública, a violência corresponde ao resultado de um processo multifacetado, ou seja, determinado por fatores biológicos, sociais, culturais, entre outros.

Compreender que o ato violento é influenciado por diversos fatores é um importante passo na busca pela prevenção da violência. O custo da violência em diversos países no mundo é enorme e segundo uma pesquisa realizada em 2007, o custo das despesas de tratamento de saúde causados pela violência foi de 1,9% do PIB no Brasil em 1997.

“É difícil calcular o impacto exato de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica em todo o mundo. A evidência existente indica que as vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, custos significativamente mais altos de tratamento de saúde e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda a sua vida do que os que não sofrem tais abusos.” (Dahlberg; Krug, 2007, p. 10)

Logo, o problema da violência sexual, presente em diversas sociedades, não se restringe a um problema de segurança pública, mas sim de diversas políticas presentes na sociedade. Não somente a violência sexual, mas a violência em geral está diretamente relacionada à política de saúde, visto que esta está presente no tratamento das consequências do ato violento e na prevenção - considerando a saúde, educação, condições sociais e outros fatores relevantes para a realização do ato violento.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) apresentou um “modelo ecológico” que demonstra os fatores que influenciam a prática da violência e a Organização Mundial da Saúde (OMS) o utiliza para afirmar que a saúde pública possui condições para atuar na prevenção da violência.

“Em vez de se focar em indivíduos, a abordagem da saúde pública objetiva providenciar o máximo benefício para o maior número de pessoas e providenciar uma melhor atenção e segurança a populações inteiras. A abordagem de saúde pública é interdisciplinar, inspirando-se em muitas disciplinas, incluindo epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educação e economia. Devido ao fato de que a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo englobam

problemas multifacetados, a abordagem da saúde pública enfatiza resposta multissetorial.” (OMS, 2010, p. 07)

No “modelo ecológico”¹ ficam claros os fatores que influenciam na prática da violência. Para se pensar na redução é necessário entender as causas e posteriormente pensar em práticas que previnam essa ação que está presente em todas as sociedades atuais.



O modelo está dividido em quatro níveis. O primeiro nível corresponde às histórias do indivíduo, ou seja, como sua vida foi construída, histórias de agressão ou não, violência, acesso às políticas, além de fatores biológicos. O segundo nível apresenta as relações sociais deste indivíduo, com a família, pessoas mais próximas, entre outros.

O terceiro nível corresponde ao âmbito onde as relações sociais acontecem, ou seja, o vínculo comunitário na escola, ambiente de trabalho, no bairro. E o quarto nível apresenta a sociedade e as normas que a regem, a cultura e outros aspectos que determinam o funcionamento social. Neste nível pode-se destacar a cultura patriarcal e machista que está presente na nossa sociedade, e que influencia comportamentos sexuais de risco.

Assim, a abordagem da saúde pública considerando a violência resultado de múltiplos fatores coloca a prevenção como uma forma de reduzi-la. A prevenção está dividida em três níveis, de forma que o conhecimento interdisciplinar e uma ação multiprofissional são de extrema relevância para se atingir o resultado esperado. O primeiro nível é denominado de “prevenção primária” que são abordagens que objetivam a prevenção da violência antes que ocorra. Ou seja, se a história de vida do indivíduo demonstra a ausência de políticas de saúde, educação, habitacional, entre outras; prevê-se abordagens que busquem a introdução destas políticas no território onde este indivíduo passou boa parte da sua vida.

¹ Retirado do relatório “Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher. Ação e Produção da evidência” – Organização Mundial da Saúde, 2010.

A prevenção secundária diz respeito a abordagens que respondam de forma imediata à violência, por exemplo, atenção hospitalar, serviços de emergência, entre outros. Desta forma, quando acontece este tipo de prevenção, houve uma falha na primeira, e as soluções imediatas são importantes para evitar prejuízos maiores. A prevenção terciária são cuidados de longo prazo relacionados aos efeitos da violência, como por exemplo reabilitação e reintegração.

Os três níveis de prevenção estão organizados de forma hierárquica, portanto, a prevenção primária deve ter maior atenção no âmbito da saúde pública. É importante ressaltar que a saúde pública considera um conceito ampliado de saúde em que os determinantes sociais estão intrínsecos ao processo de adoecimento ou violência.

Logo, o problema da violência é considerado um problema social, visto que afeta a sociedade como um todo, não havendo diferenciação de classe, embora índices de violência sejam mais altos em populações mais pobres.

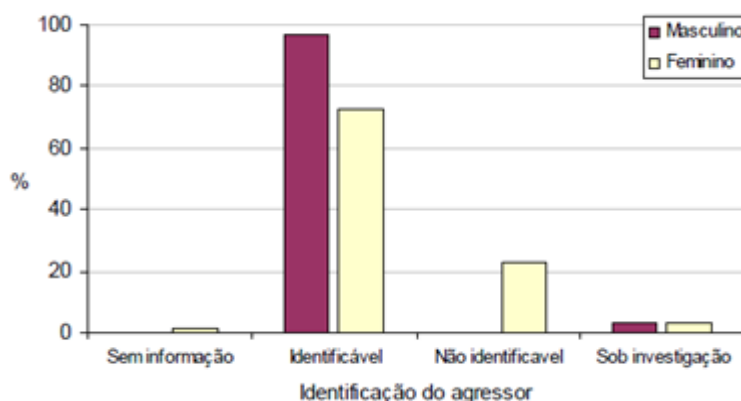
A questão da violência é sempre discutida, buscando-se uma solução para a diminuição da mesma e dos agravos trazidos por ela a sociedade. Em relação a violência sexual, uma reportagem realizada em 2014 pela PUC-RIO afirma que apenas 10% dos casos de tentativa ou estupro são denunciados.

Assim, se há uma defasagem em relação aos crimes sexuais cometidos e os crimes denunciados, a punição não é eficaz, ainda mais quando se analisa as condições de cumprimento de pena no âmbito do sistema carcerário brasileiro. Novamente, a prevenção – a partir do conceito trazido pela saúde coletiva – aparece como a solução mais eficaz para crimes sexuais.

A política de saúde não atua somente nas consequências da violência, podendo, atrelada a outros setores buscar a prevenção. A dissertação de Maria Ângela Campos (2008), apresentou uma tabela² que mostra a relação das vítimas com o agressor.

Distribuição proporcional (em porcentagem) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e identificação do agressor – julho/2003 – junho/2004

² Retirada da dissertação “Violência Sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde. CAMPOS, Maria Ângela. Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 2006.



Assim, a partir dos dados, percebe-se que a maioria dos agressores são identificáveis pelas vítimas. Ou seja, isto demonstra a ausência de políticas ou programas que previnam este tipo de violência, tão comum em relações “próximas”.

Portanto, a violência sexual deve ser tratada como uma questão complexa e oriunda de diversos fatores que estão presentes na sociedade há muito e traz diversas consequências pela falta de debate, por parte do poder público e da própria sociedade, que ainda carregam traços bastante conservadores. O tratamento da violência como uma questão de saúde, visto que afeta a qualidade de vida e o bem-estar físico e mental é de extrema importância para um caminho de soluções. A prevenção aparece como uma alternativa eficaz e capaz de colaborar na diminuição dos índices de violência.

Para o alcance dessa prevenção é preciso que os profissionais de saúde compreendam que a violência, assim como preconizado pela Organização Mundial da Saúde, é uma questão de saúde pública e não somente de segurança. É necessária a capacitação dos profissionais para lidar com indivíduos que sofreram algum tipo de violência compreendendo este fato resultado dos determinantes sociais da saúde.

Ainda no âmbito da saúde pública é trabalhado o conceito de vigilância em saúde.

“ [...] Para o CDC, vigilância em saúde pública é a coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde para uso na ação da saúde pública com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde (CDC, 2004)”. (CONASS, 2011, p.15)

Desta forma, a vigilância é um instrumento importante para a prevenção das doenças e dos processos de agravo à saúde. A Portaria 3.252 de 2009 amplia as ações denominadas de Vigilância em Saúde abrangendo: Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária.

A vigilância que compreende fatores externos relacionados aos agravos de saúde e ações de proteção a nível coletivo é a vigilância epidemiológica.

“Como ciência, a epidemiologia fundamenta-se no raciocínio casual; já como disciplina de saúde pública, preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e promoção da saúde da comunidade. A epidemiologia constitui também instrumento para o desenvolvimento de políticas no setor de saúde. Sua aplicação neste caso deve levar em conta o conhecimento disponível, adequando-o às realidades locais.” (WALDMAN; ROSA, 1998, p.01)

Os sistemas de vigilância devem apresentar três componentes, são eles: coleta de dados, análise e distribuição das informações analisadas a todos aqueles que as conceberam e que delas necessitam. Além disso, a vigilância deve ser entendida “como um pré requisito para a elaboração de programas de saúde e um instrumento para avaliação do seu impacto”. Nota-se que a vigilância é um importante instrumento para a análise de fatores de risco.

Portanto, utilizar o sistema de vigilância em saúde pública como uma ferramenta para a compreensão dos fatores que influenciam em processos de ações violentas é necessário para a formulação de políticas públicas, ações preventivas ou programas que ajam diretamente nas causas da violência.

A mudança na compreensão que se tem sobre violência como um conceito inserido no âmbito da segurança pública é imprescindível para a construção de novos caminhos. É fundamental a educação em saúde pública para a compreensão de fenômenos intrínsecos a sociedade e que estão relacionados a saúde física e mental dos indivíduos mas que afetam a sociedade como um todo.

No contexto de ações individualistas que estamos inseridos é complexo apreender que ações coletivas – como a prevenção – são importantes e necessárias. Logo, para que sejam possíveis ações como as postas acima a fim de evitar um adoecimento coletivo com taxas elevadas de ações violentas é indispensável a reeducação da sociedade a partir de novos modelos de sociabilidade que compreendam a ação coletiva e preventiva.

2.2 Violência sexual: uma questão de gênero

De acordo com a Lei 12.845 de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, esta considera violência sexual como “qualquer forma de atividade sexual não consentida”. Embora existam críticas a respeito dessa definição, no sentido de que existe violência sexual mesmo quando há consentimento, por um resgate histórico, trata-se aqui esse termo como qualquer contato

sexual cometido por uma pessoa adulta contra a vontade da outra, seja essa criança, adolescente ou adulto.

A violência sexual está presente em toda a história, independente de classe social, período, etnia ou grupo. A subordinação da mulher ao homem é intrínseca a formação das sociedades, o que evidencia a relação de gênero desde muitos anos antes de Cristo.

“Quando falamos de gênero, fazemos referência a um conceito construído pelas ciências sociais nas últimas décadas para analisar a construção sócio – histórica das identidades masculina e feminina. A teoria afirma que entre todos os elementos que constituem o sistema de gênero [...] existem discursos de legitimação sexual ou ideologia sexual. [...] São sistemas de crenças que especificam o que é característico de um ou de outro sexo, e, a partir daí, determinam os direitos, os espaços, as atividades e as condutas próprias de cada sexo.” (2004 apud Salzman, 1992)

Esse papel submisso que é atribuído a mulher e o empoderamento do homem nas relações sociais são características fundamentais para compreensão da história da violência sexual.

Desde a Idade Antiga a sociedade é fundamentada em bases patriarcais e machistas. As mulheres e crianças eram subordinadas aos homens, principalmente àqueles considerados chefes de família e deveriam se comportar de maneira passiva aceitando a opressão que lhes era imposta. Na Roma Antiga e no Egito (4.000 a.C. – 476 d.C.) havia constantemente a disputa por territórios e guerras entre os povos.

“[...] Uma vez que, na época, existia grande escassez de recursos e era preciso ter o controle populacional, até guerras entre os diferentes povos eram incitadas para que houvesse a eliminação de pessoas. Nessa organização, os homens eram levados a desenvolver toda sua agressividade destrutiva e em troca obtinham gratificações sexuais por meio do direito de estuprar as mulheres do povo opressor.” (LIBADESSA e ONOFRE, 2003, p. 10)

Esses acontecimentos que faziam parte de uma cultura evidenciam o papel da mulher e como essas eram educadas a serem passivas e aceitar esse tipo de tratamento. Nesse período existia a prática do estupro, mas ainda não era considerada um crime.

Na Idade Média (476 d. C. a 1453) em que o Antigo Regime era um sistema político a situação da violência não era muito diferente. Vale destacar que não havia uma legislação específica e que o vocábulo “estupro” não existia naquele período, o que dificultava ainda mais uma punição. O “ataque sexual” era punido eventualmente, apenas quando acontecia contra crianças. As mulheres deveriam se comportar de forma discreta, e uma denúncia sobre agressão sexual iria expor a vítima, de forma que muitas preferiam não denunciar. Outro aspecto importante é que a virgindade da mulher determinava sua dignidade, portanto, não ser

virgem caracterizava a mulher como não digna, mesmo que esse fato fosse consequência de um estupro.

“A virgindade da mulher é tão relevante para determinar sua dignidade, que alguns estupradores são inocentados durante esse período, por não serem virgens as suas vítimas.” (MAGALHÃES, 1998, p.01)

Nesse período a mulher não possuía direitos e era vista como uma propriedade de outra pessoa. Portanto, a agressão a mulher não era considerada uma agressão ao corpo, mas sim uma violência contra a propriedade de alguém, no caso o responsável legal. Dessa forma, percebe-se que esse tipo de prática sempre existiu, vinculada ao sexo da pessoa e a formação das sociedades que sempre se mostraram com características machistas e patriarcais.

A cultura predominante em todas as sociedades é a de que o homem é detentor do poder, fator que fortalece a presença da violência do homem contra a mulher. É a partir da violência que o homem consolida sua posição superior.

Percebe-se a violência como um problema social, que afeta a sociedade como um todo e permeia as relações nela estabelecidas. No caso da violência sexual que está estritamente relacionada à questão do gênero, como visto anteriormente, essa, pode ser classificada como uma “violência de gênero”.

“Até hoje, na nossa cultura patriarcal e machista, se espera que os homens sejam fortes, sustentem a família e resolvam problemas. Das mulheres, espera-se que sejam carinhosas cuidadoras, dedicadas, compreensivas, donas de casa e que acatem as decisões dos seus pais ou maridos. Todas as vezes que se comete uma violência porque uma dessas expectativas não foi cumprida, a chamamos de violência de gênero. Ela acontece não apenas no âmbito da família, mas em toda a sociedade.” (Instituto Noos, 2010, p.31)

Na sociedade brasileira não é diferente, desde sua formação são atribuídos papéis diferentes ao homem e a mulher. O homem está quase sempre relacionado aos espaços públicos, ou seja, ao trabalho, e a partir dele à sustentação da casa. A mulher se restringe ao âmbito privado, com as tarefas de cuidar da casa, dos filhos, e servir o marido, também sexualmente.

Embora alguns valores tenham mudado, a sociedade tenha se desenvolvido e algumas concepções de afazeres relacionados aos papéis de gênero tenham se alterado, percebemos essa distinção do papel da mulher e do homem ainda presente.

Assim, o homem desde sempre carregou e carrega o status de provedor. Dentro das sociedades o machismo ainda está muito presente e essa função dentre outras classificam os

homens como verdadeiros homens. Desde criança os homens são educados a serem fortes não podendo demonstrar suas emoções e serem os “chefes da casa”. Quando adolescentes são ensinados a serem homens viris, a terem sempre a iniciativa, e que para serem homens perante os outros, precisam ter uma mulher.

Permeado por valores intrínsecos a sociedade, o homem é sempre colocado como o detentor do poder (em todos os sentidos) e esse poder determina sua masculinidade, que a toda hora deve ser provada para os outros e para si mesmo. A mulher, educada para servir o homem acaba tendo um papel submisso, e perante a sociedade, a boa mulher é aquela que serve o seu marido, os seus filhos, e vive em função destes.

Os papéis de gênero e da sexualidade estão estreitamente relacionados às funções dadas ao homem e a mulher. O sexo é uma forma de o homem provar sua masculinidade. Por exemplo, quando um adolescente perde sua virgindade todos a sua volta o parabenizam alegando que agora “ele virou homem”. O poder sobre o corpo da mulher coloca o homem como se ele estivesse no controle da situação, como deve ser segundo as regras de uma sociedade machista.

Essa mesma cultura que permeia a sociedade também ensina a mulher que esta deve ser difícil, no sentido de se valorizar e não ter qualquer tipo de relacionamento com o primeiro homem que aparecer. A mulher é ensinada a dizer “não” sempre no primeiro contato estabelecido com o homem, para que ele possa conquistá-la e ela não ser considerada uma mulher fácil. E assim, foi-se criando a idéia de que “sempre quando a mulher diz não, ela quer dizer sim”.

“O imaginário da ‘sexualidade feminina como aquela que se esquia para se oferecer’ parece ser a contraparte do imaginário da ‘sexualidade masculina como aquela que tem a iniciativa e que se apodera unilateralmente do corpo do outro’”. (MACHADO, 1998, p. 234)

Em 1998, um estudo com sentenciados por estupro na Prisão da Papuda do Distrito Federal, revelou algumas justificativas dadas pelos agressores ao estupro, e percebe-se a questão de gênero relacionado aos atos. Essa questão da mulher que diz “não”, mas na realidade quer dizer “sim” aparece na fala dos sentenciados. Logo, quando estes abordavam uma mulher e ela recusava, no imaginário deles ela queria sim ter alguma relação. Outro fator é que quando uma mulher diz “não”, isso representa um fracasso ao poder de conquista do homem, o que afeta sua masculinidade, e para isso, ele força o ato no sentido de provar que quem manda e quem tem o poder é ele, não a mulher.

Outro ponto importante que se coloca como justificativa, segundo Machado (1998), é a influência de um “espírito demoníaco” que aparece na hora do ato. Nesse sentido, vale ressaltar que o sexo sempre esteve relacionado à tentação, algo contrário a razão. Assim, algo que elimina completamente a consciência, a razão, aparece e influencia o homem a realizar o ato forçado. O que percebe-se é que mesmo sob uma influência desconhecida, é permitido se apoderar do corpo de uma mulher.

Além de o homem ter que provar sua masculinidade a partir do controle do corpo de uma mulher, da influência de um “espírito estranho”, a fraqueza masculina é colocada como outro fator. Fraqueza no sentido de que o homem não resistiu a situação, a famosa “fraqueza masculina” que é falada na sociedade.

Em outras palavras, o homem tem seus instintos sexuais aflorados e deve estar sempre pronto e à disposição de uma mulher, assim, nesse caso, o homem não conseguiu controlar suas emoções e consumou o ato sexual forçado. E a outra causa está relacionada ao uso de drogas e álcool.

“No exato lugar da fala em que reconhecem que ‘erraram’ o motivo do estupro vem sempre referido ao contexto dos efeitos das drogas e da bebida e a um ‘não saber’, que parece apontar a um conhecido domínio da idéia de que ‘afinal sempre souberam que podiam se aproveitar das mulheres’” (MACHADO, 1998, p. 235)

Sendo assim, percebe-se as causas conectadas ao uso do corpo da mulher. A prova de masculinidade está relacionada ao poder de outra pessoa (mulher) e ao uso desta. Para ser homem de verdade é preciso ser fraco sexualmente, no sentido de estar sempre disposto e não conseguir se controlar.

Segundo Lia Zanotta Machado, o estupro carrega, portanto, valores positivos e negativos para àqueles que o praticam. Positivos, pois simbolizam o homem viril, o homem dono da mulher, e negativo quando este está relacionado a uma tentação, a influência de algo considerado ruim.

Por outro lado, homens sentenciados por estupro sentem vergonha desse estigma. Essa vergonha não se dá pelo fato de terem violado uma pessoa, mas sim pelo fato de terem precisado forçar o ato sexual. Isso representa para eles o fracasso de conseguir obter relações sexuais pela conquista. Ou seja, não foram capazes de conquistar uma mulher e então usaram da força para ter relações sexuais. Falharam como homens.

Portanto, a cultura que ainda prevalece educando as pessoas a se comportarem de determinada maneira de acordo com o sexo que nasceram, e que o homem para ser considerado homem de verdade deve possuir e ter controle sobre uma mulher influencia no comportamento e nas relações sociais estabelecidas dentro de uma sociedade. É necessária uma mudança de valores e papéis de gênero atribuídos a cada um para começar a transformação de sociedades que ainda hoje permanecem machistas e retrógradas.

2.3 Agressores Sexuais

No Brasil, o Código Penal Brasileiro tratava crimes contra a sexualidade como “Crime de Costumes”, ou seja, crimes contra as regras sociais. Com a manifestação de muitas críticas a essa denominação, com as mudanças sociais e alteração nos conceitos de costume alterou-se também a legislação.

Foi a partir da Lei 12.015/09 que o Código Penal Brasileiro começou a tratar os crimes sexuais de forma mais específica. Essa lei reformou o Título VI do Código Penal Brasileiro alterando-o de “Crime contra os costumes” para “Crimes contra a dignidade sexual”. Antes da implantação dessa lei o crime de estupro era considerado apenas contra as mulheres, a partir da Lei esse conceito ampliou-se para qualquer pessoa, independente do sexo.

“Para o código penal, artigo 213, que vigorou até 7 de agosto de 2009, estupro era algo caracterizado pela conjunção carnal, ou seja, a penetração do pênis na vagina. Segundo o referido artigo, alterado com a lei 12.015/09, apenas as mulheres seriam consideradas agentes passivos de estupro. Não sendo admitindo assim, estupro contra homens e nem mesmo contra mulheres quando o ato fosse praticado de forma anal. Nesse caso o crime cometido seria atentado violento ao pudor. Com a entrada em vigor da Lei 12.015/09 ato libidinoso e estupro, atendendo uma reivindicação da maioria da doutrina, passaram a fazer parte do mesmo tipo penal. O artigo 214 foi revogado e o 213 ganhou nova redação. O estupro deixou de ser apenas a penetração do pênis na vagina e o homem, também, passa a ser considerado agente passivo deste crime.” (FILHO et al, 2010)

Nesse sentido, o Código Penal deve se atualizar de acordo com o desenvolvimento da sociedade, e assim foi com o Código Penal Brasileiro. Atualmente no Código existem seis artigos que enquadram crimes de abuso sexual, entre outros que se encaixam na categoria de exploração sexual.

Dos artigos classificados como abuso sexual têm-se: artigo 213; artigo 215; artigo 216 – A; artigo 217 –A; artigo 218; artigo 218-A. O artigo 213 se enquadra na

tipificação penal “estupro” como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.”

O artigo 215 é classificado como “violação sexual mediante fraude” sendo “ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima”. O artigo 216 – A é classificado em “assédio sexual” como “constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.

O artigo 217 – A é classificado como “estupro de vulnerável” e supõe “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de catorze anos”. O artigo 218 possui tipificação penal “corrupção de menores” e consiste em “induzir alguém menor de catorze anos a satisfazer lascívia de outrem.” E o artigo 218 – A é classificado como “satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente” e consiste em “praticar, na presença de alguém menor de catorze anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem”.

Logo, o Código Penal modificou-se de acordo com as transformações das relações sociais. Classificar crimes sexuais em crimes contra a dignidade humana significou um grande avanço no sentido de ampliar o ato violento à todos os sexos , não restringindo-o apenas à mulher.

“ O abuso sexual é entendido como qualquer contato sexual cometido por uma pessoa adulta contra uma criança, adolescente ou adulto contra sua vontade. Conforme Habigzang e Caminha (2004), é todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual , tendo como finalidade estimular sexualmente a vítima ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa.” (SANFELICE; ANTONI, 2010, p. 131)

Segundo Ministério da Saúde (2001) onze mil casos de estupro foram registrados em Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) em doze cidades do país. Sab-se que menos de 10% - segundo o Ministério da Saúde - dos casos são notificados, e ainda assim o número é alto. Para que crimes desta tipificação sejam evitados, visto as consequências que este traz para as vítimas e para sociedade como um todo, é necessário compreender o que leva pessoas a realizarem este tipo de violência.

Uma pesquisa realizada por Sanfelice e Antoni em 2010 no sul do Brasil revela características importantes de homens apenados por crimes sexuais. Dentre as características aparece histórico de violência intrafamiliar, desajustamento nas relações interpessoais, presença de violência social, histórico de abandono familiar, baixa escolaridade, incidência do uso de drogas e álcool.

Como posto anteriormente o indivíduo deve ser compreendido como um ser complexo, composto e influenciável por fatores externos, como relações familiares, função social, entre outros. Da mesma forma a sexualidade deve ser compreendida como a junção de fatores biológicos, sociais, culturais. Logo, para a construção de uma sexualidade saudável é importante que estes fatores sejam satisfatórios e estejam em uma relação agradável para o indivíduo.

A mesma pesquisa revelou outros aspectos importantes:

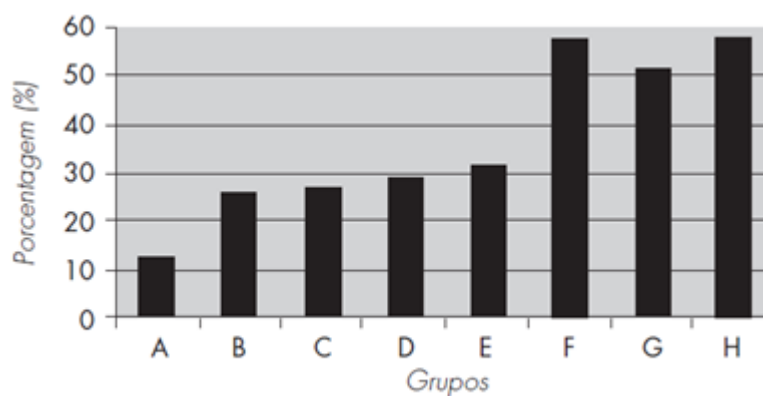
“Essa pesquisa com agressores sexuais verificou a utilização de atividades sexuais consentidas e não-consentidas, como estratégia de enfrentamento para lidar com situações estressantes e problemáticas. Fatores de risco como déficits de intimidade e solidão também foram relacionados a um maior uso da atividade sexual como mecanismo de enfrentamento.” (SANFELICE; ANTONI, 2010, 132)

“Estados emocionais negativos são apontados pela pesquisa como fatores presentes antes da ocorrência da agressão sexual. São considerados fatores situacionais negativos como, por exemplo, a perda de um emprego, discussões com o cônjuge ou sentimentos negativos como raiva, ansiedade ou depressão. São tipicamente encontrados entre os precursores da agressão sexual.” (SANFELICE; ANTONI, 2010, 132)

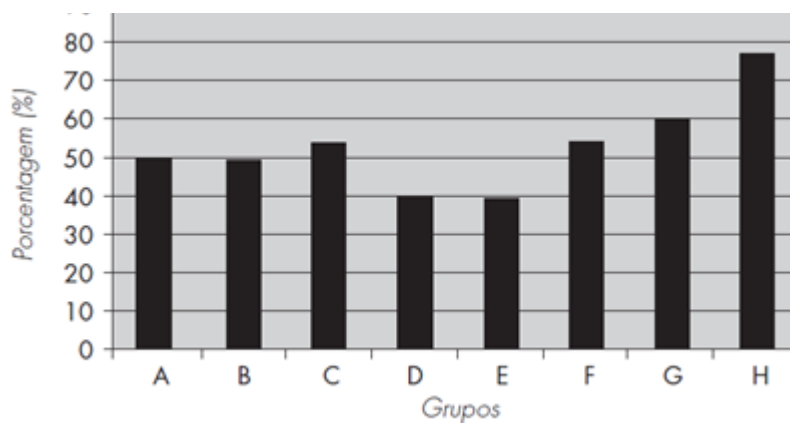
Outra pesquisa realizada em 2002 que avaliava psicologicamente os grupos de criminosos do sistema penitenciário do estado de São Paulo, mostrou aspectos emocionais de pessoas que cometeram o abuso sexual caracterizado como estupro. Nas tabelas³ este grupo é representado pela letra “H”:

Percentual de reeducandos com agressividade

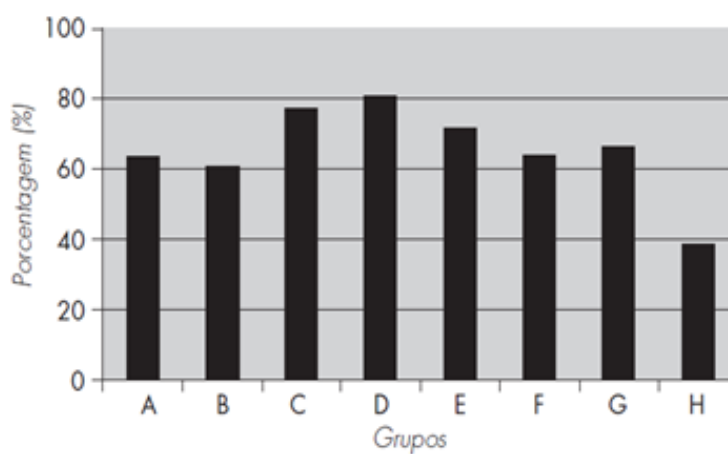
³ Tabelas retiradas da pesquisa “Avaliação psicológica de grupos de criminosos do sistema penitenciário do estado de São Paulo. Feres, Carlos; FILHO, Rubens; ALMEIDA, Sérgio; CORDEIRO, José. In.: Revista USP n. 53, p. 153 – 164. São Paulo, 2002.



Percentual de reeducandos com impulsividade



Percentual de reeducandos que apresentam tolerância à frustração



Assim, pode-se observar que os reeducandos apenados por crimes sexuais apresentam, em relação a outros criminosos com tipificação penal diferente, maior índice de agressividade, são mais impulsivos e são os menos tolerantes à frustração. A situação emocional novamente se mostra presente.

Desta forma, fica clara a influência das relações que este indivíduo possui ou não e o bem estar emocional nas suas atitudes. O ser humano passa por diversos momentos durante a vida e as pessoas têm “válvulas de escape” diferentes quando se encontram em situações difíceis.

O caminho a ser seguido ou a decisão a ser tomada nestas situações estão embasadas nos valores de cada um, na educação, nas relações que possui entre outros aspectos da vida particular e pública. Indivíduos que conviveram e convivem em ambientes violentos, com quebra de laços afetivos ou situações de abandono tendem a reproduzir ações deste tipo.

O meio que o indivíduo está inserido influencia seu comportamento. Assim sendo, se aparece como características de pessoas apenas por crimes sexuais a relação familiar bem como situações de violência, este é um fator que deve ser considerado para compreender o motivo do ato criminoso e prever a implantação de ações que previnam este tipo de crime.

Também deve ser levado em consideração o (des) controle emocional destas pessoas. Ou seja, o fato desses não conseguirem conter suas emoções negativas e cessá-las a partir de uma ação violenta com um terceiro deve ser objeto de estudo visando a prevenção de atitudes deste tipo, seja com estratégias de controle das emoções ou até mesmo uma articulação de serviços que apoiem e ensinem as pessoas a lidar e canalizar de forma positiva esses sentimentos.

Ações de atendimento ao agressos ainda são tímidas na realidade brasileira. A lógica punitiva do sistema ainda prevalece sobre a perspectiva da prevenção e cuidado a estas pessoas que precisam de ajuda, bem como as vítimas.

“É preciso pensar construir uma abordagem em atenção aos autores de violência sexual considerando diferentes aspectos para evitar a sua reincidência, pois quando tratadas sob um prisma puramente jurídico/punitivo são insuficientes. Assim, as equipes de reintegração social devem unir esforços em garantir o atendimento nas unidades prisionais e, quando em liberdade, realizar o encaminhamento do(a) autor(a) de violência sexual a um tratamento adequado na rede de proteção local, buscando responder de forma continuada suas múltiplas demandas.” (SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, 2012, p. 01)

No sentido de enfatizar que é importante um trabalho diferenciado a este público dentro das penitenciárias visto que são perfis diferentes de outros crimes – como mostrado pelas tabelas anteriores – e que a lógica da punição é ineficiente, alguns estados, como São

Paulo já iniciaram um grupo com pessoas apenadas por crimes sexuais visando a prevenção e atenção às demandas específicas.

“Em São Paulo, os agressores sexuais são acolhidos, até mesmo de forma cautelar para garantir a sua integridade, em três Penitenciárias localizadas nas cidades de Iaras, Serra Azul e Sorocaba. Outros estabelecimentos penitenciários também recebem este público, porém em menor quantidade. [...] Verifica-se a urgência em construir uma política no âmbito da SAP para atendimento aos agressores (as) sexuais na perspectiva da reintegração social. No caso das unidades prisionais é necessário fortalecer a rede de apoio e parcerias que deem conta da complexidade desse tipo de demanda, assim como profissionais com capacitação para contemplar este tipo de delito e dar a orientação adequada.” (SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, 2012, p. 02)

“Um primeiro esforço na perspectiva de estabelecer diretrizes ao trabalho técnico foi a constituição do Grupo de Acompanhamento que reúne profissionais das unidades que acolhem agressores sexuais e do Grupo de Ações de Reintegração Social, da Coordenadoria de Reintegração Social.” (SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, 2012, p. 02)

Percebe-se o início da atenção ao agressor e o surgimento de programas e ações que busquem a prevenção do crime a partir da perspectiva da reintegração social. Também é destacada a atuação psicossocial para reflexão do crime e prevenção de comportamentos de risco.

“O trabalho psicossocial com esta população deve focar na atenção e no atendimento dos autores de violência sexual e ter um caráter de ações educativas e preventivas, uma vez que isso deve contribuir para o rompimento do ciclo de reprodução da violência, que é o intuito dessas oficinas: ajudar na prevenção da reincidência de novos casos de violência sexual. As ações devem focar também na perspectiva da responsabilização do autor de violência sexual e contribuir na profunda compreensão do ato cometido e na construção de uma nova identidade [...]” (SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, 2012, p. 03)

Portanto, é essencial o entendimento do indivíduo como um ser complexo e dinâmico. As relações sociais influenciam diretamente o comportamento de cada um, bem como a presença de situações indesejáveis que marcam as nossas vidas. O comportamento é a expressão do que compõe o indivíduo, logo, se esse está inserido em um ambiente violento, com quebra de laços afetivos, violência sexual, sem acesso a políticas públicas básicas, a tendência é a reprodução desta realidade.

CAPÍTULO 3

O PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO

O artigo primeiro da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984), sobre os objetivos e aplicação da lei, ressalta “*A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado*”. Assim, percebe-se como objetivo da pena a correção do comportamento do apenado por meio da privação de liberdade e ao mesmo tempo sua ressocialização.

Para isso, a unidade prisional deve dar condições para que haja essa reintegração social. Além de ser contraditória a idéia de educar para a convivência social a partir da privação de liberdade do indivíduo, as unidades prisionais brasileiras não apresentam condições mínimas para ressocialização.

“A nossa realidade é arcaica, os estabelecimentos prisionais, na sua grande maioria, representam para os reclusos um verdadeiro inferno em vida, onde o preso se amontoa a outros em celas (seria melhor dizer em jaulas) sujas, úmidas, anti higiênicas e super lotadas, de tal forma que, em não raros exemplos, o preso deve dormir sentado, enquanto outros revezam em pé.” (COELHO apud CABRAL, 2011.).

Segundo Santis e Engbruch, foi a partir do século XIX que a prisão se tornou a principal forma de punição de qualquer indivíduo que descumprisse as leis da sociedade. Esse sistema nasceu no mesmo período em que a sociedade capitalista aparecia, apresentando-se como um dos mecanismos que segregavam a população e diferenciava os indivíduos.

Logo, desde seu surgimento a prisão não apresenta característica de um sistema que busca a ressocialização, e sim um sistema que reproduz a desigualdade e segrega àqueles que fugiram a uma ordem social já posta.

A ressocialização supõe um processo de interação entre indivíduo e sociedade, com o objetivo de que esse indivíduo consiga se inserir novamente no convívio social. Dessa forma, esse processo é muito complexo e não envolve somente o indivíduo recluso, mas a sociedade como um todo.

É importante que dentro da unidade prisional haja instrumentos a partir da atuação profissional que reforcem a importância e necessidade da ressocialização do interno, convencendo-o a contribuir para esse processo.

Além disso, não basta ressocializar o interno, há a necessidade de ressocialização da sociedade também.

“A idéia de tratamento do preso parece partir do princípio de que nada deve ser feito com a sociedade, mas tudo o que for necessário para a terapia de reinserção do desviado quando na realidade o único tratamento válido seria o que se estendesse a toda a sociedade. Não seria preciso ressocializar a sociedade?” (LOURENÇO, 2009)

Assim, compreende-se o processo de ressocialização como um processo coletivo que envolve diversos sujeitos. Para que de fato haja a reinserção, é necessário compreender que os reeducandos devem ser tratados como pessoas de direitos e deveres e devem ter a chance de (re) construir suas vidas.

“Os reeducandos são gente como nós. Se forem tratados como anormais convencer-se-ão ou terão interesse em parecer que são e se deixarão levar pela correnteza da vida sem qualquer esforço para não tornar a delinquir. Se considerados perigosos tenderão a agir e reagir como tais. [...] O condenado deve ser visto e tratado como pessoa, sujeito de direitos e deveres e responsabilidade – responsabilidade, no singular, isto é, capacidade psicológica e moral de, consciente e voluntariamente, exercer direitos e cumprir deveres de tomar decisões, e de aceitar as conseqüências boas e más da própria conduta.” (LOURENÇO, 2009.)

Primeiramente é importante combater o termo “proteger a sociedade” a partir da privação de liberdade de um indivíduo. Esse termo traz a idéia de que o indivíduo representa um perigo social (pode até representar), e que continuará representando, para todo o sempre, mesmo após ter cumprido sua pena. Para Cabral (2011), a ressocialização deve minimizar as desigualdades existentes entre os reclusos e demais cidadãos, logo, utilizar a palavra “proteção” para distinguir um grupo de outro só aumenta as diferenças.

Como posto anteriormente, este processo é coletivo e os sujeitos que não fazem parte da massa carcerária não estão “acostumados” a conviver com pessoas que infringiram a lei. A sociedade ainda precisa avançar no sentido de aprender a conviver com indivíduos que já estiveram reclusos, sem julgamento de valores e sem atribuição de nomes e/ou estereótipos.

“A dificuldade de ressocialização é um problema enfrentado por todo ex-detento. Independentemente do crime cometido, ao ter a liberdade garantida, o egresso esbarra no preconceito de uma sociedade que não está preparada para recebê-lo. Recente pesquisa da Fundação Perseu Abramo revela que quem já cumpriu pena atrás das grades desperta repulsa ou ódio em 5% dos brasileiros, antipatia em 16% e indiferença em 56%. O estudo mostrou ainda que 21% das pessoas não querem encontrar ou conviver com um ex-presidiário.” (BONINI, *online*)

Desta forma, a re-educação se estende a sociedade. É preciso uma contribuição mútua, tanto do apenado, quanto da sociedade. O apenado, que está cumprindo uma pena por um ato que cometeu, deverá ser respeitado após cumprimento total de sua pena e não será tratado de forma diferenciada. Além disso, é necessário ter condições, dadas pelo Estado, dentro da unidade prisional, para se ressocializar.

Esse processo tão complexo ainda não se faz presente no sistema prisional brasileiro atual. A própria estrutura do sistema e a pena privativa de liberdade dificultam que esse processo seja realmente posto em prática.

“A falta de investimentos no setor carcerário por parte da administração pública faz com que aumente a superlotação dos presídios, gerando várias consequências, que vão desde a falta de condições necessárias para a sobrevivência (falta de higiene, deficiência no serviço médico, abusos sexuais), chegando até a ausência de perspectivas de reintegração social.” (SILVA, op. cit. p. 43)

A privação de liberdade se coloca como um obstáculo para a ressocialização, pois a partir da exclusão de um indivíduo do convívio social, não há grandes chances de o mesmo se reintegrar. A ressocialização deve minimizar as desigualdades que existem entre pessoas reclusas e pessoas não reclusas, e com o isolamento essas diferenças só aumentam.

Com a privação de liberdade o apenado socializa apenas com pessoas que também cometeram um delito, restringindo seu convívio social quase que total, exceto quando a família vai visitá-lo. Então, coloca-se em questão como ressocializar um indivíduo que está recluso, vivendo em condições sub-humanas.

O grande indicador de que a ressocialização não acontece é o índice de reincidência. Os números elevados de reincidência comprovam a falência do sistema prisional, que não consegue cumprir seus objetivos e não consegue, de fato, ressocializar seus internos.

“O filme se repete diariamente em todo o Brasil: reincidentes cometendo crimes que chocam a população. São pessoas que já cumpriram pena e, ao retornar às ruas, voltam a cometer infrações diversas. Alguns o fazem mesmo em liberdade condicional. No Distrito Federal, não é diferente. Segundo a Secretaria de Segurança Pública, cerca de 70% dos detentos teriam cometido outros crimes antes da condenação atual.” (Jornal de Brasília, 2013)

Portanto, a situação atual do sistema prisional brasileiro atual não permite, na maioria dos casos a ressocialização dos indivíduos que ali se encontram. A própria perspectiva de ressocializar a partir da privação de liberdade, que não permite o contato com outros indivíduos que compõe a sociedade, se coloca como uma medida não eficaz no que diz respeito à reintegração social.

Se não há estrutura suficiente para garantir nem uma sobrevivência digna do indivíduo, não haverá estrutura nem meios para alcançar o objetivo do sistema: recuperar o apenado reintegrando-o à sociedade.

“Ao se analisar as reais condições a que são submetidos os presos, percebe-se que as prisões estão funcionando como verdadeiras faculdades do crime, onde os

presos (muitas vezes primário) tornam-se criminosos profissionais, dispostos a cometer todos os tipos de atrocidades.” (MOUTINHO apud CABRAL, 2011)

É nítida a necessidade de a unidade prisional propiciar um espaço para que os indivíduos redescubram seu potencial, seja a partir do trabalho ou do estudo. Entretanto, as oportunidades dentro do sistema carcerário não atingem todos os detentos e ainda são poucas.

“[...] Um levantamento do Ministério da Justiça, feito após solicitação da Globo via Lei de Acesso à Informação, mostra que, das 1.410 prisões no país, 40% (565) não têm sequer sala de aula. Estão em desacordo com a Lei 12.245, de 2010, que obriga todas as unidades penais a oferecer educação básica e profissionalizante a seus internos. [...] Dos 533.027 detentos no Brasil, 88% não têm ensino básico completo e 45,1% sequer terminaram o ensino fundamental. Mesmo assim, só 54 mil presos (um em cada dez) estão frequentando sala de aula em instituições penais.” (VIEIRA, 2013)

É importante que ao sair o indivíduo tenha outros caminhos a seguir que não seja o crime; é de extrema relevância que sejam dadas oportunidades para que este possa se inserir na sociedade. Dessa forma, é necessária uma análise e uma intervenção também no espaço em que o indivíduo vai retornar, buscando a não reincidência do crime.

Logo, a imposição de uma pena privativa de liberdade não permite a reintegração do indivíduo na sociedade. É indispensável que a sociedade e a família participem desse processo, contribuindo para uma reinserção de fato, que permite o indivíduo viver em sociedade novamente. Coloca-se em questão também as penas de longa duração, o que traz para debate a inserção de penas alternativas, penas sem privação de liberdade, que contribuiriam para esse processo.

Nesse sentido, o cumprimento total da Lei de Execução Penal, a integração entre indivíduo, família e sociedade, o fim do caráter repressor das prisões, a implementação de mecanismos que permitissem a socialização do interno dentro da unidade prisional, o investimento do Estado na recuperação desses indivíduos, a formulação de políticas públicas voltadas para o sistema prisional, a implantação de penas alternativas e a ressocialização da sociedade seriam fatores que contribuiriam de forma eficaz para a ressocialização do indivíduo.

À vista disso, fica claro que o sistema penitenciário não está conseguindo cumprir com um dos seus objetivos, que é ressocializar. Já foram explicitados os motivos por tal falha, que decorrem de limites intrínsecos ao sistema, entretanto, a área de saúde coloca-se como uma das alternativas que buscam garantir a ressocialização dos internos. Aqui, utiliza-se o

termo saúde em sentido amplo, um conceito ampliado de saúde que se coloca como um direito de todos.

“Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade [...]” (Brasil, 1986, p.4)

A saúde não se limita a ausência de doença. Existem determinantes sociais que influenciam o bem estar do indivíduo. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota a definição que segundo a qual, “os determinantes sociais de saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham”. Ou seja, para o bem estar completo do indivíduo, suas condições de vida, suas relações sociais, sua saúde mental e física precisam estar saudáveis.

A Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho de 1984 garante a partir do artigo 14, acesso ao interno do sistema a assistência à saúde de caráter preventivo e curativo. E, caso o estabelecimento penitenciário não esteja em condições de oferecer assistência médica necessária, o interno deverá ser encaminhado para outro estabelecimento.

Em 2003, com a implementação da Portaria Interministerial nº 1777, definiu-se a importância de ações e serviços consonantes com os princípios e diretrizes do SUS, que viabilizem uma atenção integral à saúde.

“Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, [o SUS] parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito.” (MACHADO et al, 2008, p.435)

Na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990) estão definidas as principais diretrizes e princípios do SUS, e dentre eles estão: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

Dessa forma, as equipes de saúde atuam na perspectiva do SUS e visam a promoção da saúde tanto física quanto mental para a busca do bem estar completo do indivíduo, dentro das condições possíveis de uma penitenciária.

A garantia a saúde que não contempla apenas o tratamento da doença mas sim a qualidade de saúde física e mental para o alcance de um indivíduo saudável por completo, pode ser um caminho para a prevenção de comportamentos de risco.

Na lógica da prevenção, a atenção à saúde aparece como uma das alternativas para a ressocialização, visto que o processo de reinserção do indivíduo na sociedade pressupõe que este esteja bem consigo mesmo, principalmente no que diz respeito a sua condição psicológica.

CAPÍTULO 4

O GRUPO REALIZADO COM AGRESSORES SEXUAIS

“O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo saúde-doença.” (DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009, p. 221)

Como colocado anteriormente o objetivo da execução penal é proporcionar condições para a integração social do condenado. Desta forma, ações que possibilitem a reflexão e a possibilidade de construção de um novo projeto de vida são necessárias para que este objetivo seja atingido.

A violência sexual, como coloca um dos profissionais entrevistados representa “o fundo do poço” na escala de crimes cometidos. Não apenas dentro do sistema, mas pessoas apenadas por crimes sexuais sofrem discriminação na sociedade e isso pode ser visto pela quase não existência de programas destinados aos agressores.

O surgimento de um grupo destinado a agressores sexuais dentro dos presídios do Complexo Penitenciário da Papuda partiu de uma demanda judicial. Os primeiros grupos se iniciaram no Centro de Internamento e Reeducação (CIR). O pedido do juiz era destinado aos profissionais da psicologia para que estes realizassem ações grupais com homens apenados por crimes sexuais a fim de promover reflexão e discussão de temas relacionados à violência sexual.

Durante os encontros, alguns profissionais perceberam a necessidade de uma ação conjunta com o assistente social, visto que muitas questões iam além do caráter psicológico, se estendendo a dimensões sociais, culturais e familiares. A partir disso o grupo passou a ser composto por mais de uma categoria profissional visando um trabalho multidisciplinar que compreende o indivíduo como um ser complexo biopsicossocial.

A fim de analisar se o “Grupo de sexualidade” está conseguindo promover a reflexão dos seus integrantes e a prevenção de um comportamento de risco, foram realizadas entrevistas com os profissionais para compreender a partir da visão deles os resultados que já foram alcançados até o momento. Foram realizadas entrevistas com três psicólogos, três assistentes sociais e um representante da gestão do Serviço Social da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

4.1. Do perfil dos profissionais entrevistados

Dos três psicólogos entrevistados a média de atuação no âmbito da saúde prisional é de três anos. Em relação ao trabalho inserido neste campo, afirmam que se caracteriza por ações destinadas às questões emocionais dos internos e ao impacto emocional oriundo do processo de encarceramento na perspectiva da atuação em saúde no âmbito do SUS.

O atendimento é dado ao interno que demonstra dificuldade em se adaptar ao novo ambiente. Os atendimentos podem ser realizados de forma individual ou em grupo. Como exemplos dos atendimentos grupais têm-se o “Grupo de drogas” e o “Grupo de Sexualidade”, que são realizados com psicólogos e assistentes sociais na perspectiva educativa e de promoção da saúde física e mental.

Em relação ao tempo de atuação no campo da saúde prisional, a média dos assistentes sociais é de três anos. O assistente social está inserido na equipe de saúde e atua de forma multi e interdisciplinar com outros profissionais. As ações estão embasadas na perspectiva da educação em saúde, cidadania e garantia dos direitos.

As principais demandas do atendimento individual são a obtenção de documentos pessoais, questões de registro de paternidade, problemas oriundos do processo de encarceramento, solicitação de benefícios previdenciários, atendimentos familiares e atendimentos grupais em conjunto com a psicologia.

Em 2013, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal por meio da Gerência de Saúde do Sistema Prisional e Gerência de Serviço Social divulgou o “Protocolo de atendimento do Serviço Social na Saúde Prisional” em que são discriminados os atendimentos, ações e programas que está inserida a prática do assistente social.

As demandas individuais podem chegar por meio da solicitação do próprio interno, dos outros profissionais da equipe de saúde, de forma judicial ou pela solicitação de familiares.

Sobre o significado da demanda judicial, o *Profissional 1* afirma que “*a justiça quer se respaldar para deixar estas pessoas saírem tendo pelo menos o mínimo de atenção*”. Há também a informação de que a maior parte dos ofícios para atendimento é em casos de crimes hediondos e após a realização do exame criminológico.

4.2 Caracterização e demandas de homens apenados por crimes sexuais

Em relação à demanda individual o *Profissional 1* afirma:

“É muito tímida na verdade, uma demanda associada às questões práticas... sofro por que não tenho visita, por que não tenho roupa, minha mãe está doente, minha mulher quer me deixar, quero mudar de cela, estou sendo maltratado. Pouquíssimas questões subjetivas, como eu sofro por que estou pensando no que eu fiz e isso me faz mal. Isso é uma coisa mínima que acontece aqui. Pelo menos comigo, tá? O que acontece muito mais é eu sofro por que estou preso. Então, eu me arrependo do que eu fiz porquê? Porque estou preso...se eu não estivesse preso eu não me arrependo tanto. Isso é o que fica implícito nas falas, né. Mas sofrer pelo que fez...são alguns [...]”

A partir desta fala pode-se perceber que as demandas apresentadas pelos internos são consequências do processo de encarceramento. Não percebe-se, por parte dos profissionais, que as questões postas refletem um processo de reflexão e de auto crítica pelas ações cometidas.

Sobre os internos sentenciados por crimes sexuais demandarem ações diferenciadas, os entrevistados colocam que no regime fechado há a percepção de que homens sentenciados por esses crimes solicitam atendimentos com questões relacionadas à família, ou seja, muitos são abandonados dentro do sistema e pedem o reestabelecimento do vínculo familiar.

No regime semi aberto não há essa solicitação em grande número pelo contato familiar. Quando questionados sobre essa diferença os profissionais justificam que a entrada da família no regime fechado é mais rigorosa e isso dificulta a permanência dos vínculos familiares. Quando o interno é transferido para o regime semi aberto em que as visitas são menos rigorosas e são colocados menos empecilhos, os familiares voltam a manter o vínculo com o interno. Os profissionais também apontam para a dificuldade em ações em rede destinada a este público, visto que os serviços oferecidos são poucos.

Outro ponto que abordam que se caracteriza como um diferencial é a aceitação do processo de encarceramento como consequência do crime cometido. *“Talvez eles tenham a questão de não assumir o crime mais comumente do que os outros, então o discurso deles é que eles estão presos injustamente”* (*Profissional 2*). Também minimizam mais a situação em relação a outros internos com tipificação penal diferente. *“Não foi nada...não é exatamente*

isso que estão falando...não foi um crime por que não teve penetração...a vítima exagerou...foi uma armação". (Profissional 1)

O fato da negação do crime é uma característica que está presente em homens que estão presos por crimes sexuais, como mostra uma pesquisa realizada em Porto Alegre:

“Destaca-se que os abusadores não sabem o que significa o termo sexualidade e limitam o conceito de abuso sexual a atos que são agressivos e violentos. Relatam não ter prazer na relação sexual, negam a existência de fantasias sexuais, não assumem a responsabilidade pelo abuso e culpam outros pela sua situação prisional.” (SANFELICE; ANTONI, 2009, p. 131)

Acerca da participação dos internos em atividades coletivas como acolhimento e oficinas, os profissionais afirmam que eles não participam junto com internos de tipificação criminal diferente pois são “assegurados”.

Colocam que o crime sexual é mal visto dentro da cadeia, existe um código interno e hierárquico dos crimes e dentre eles o crime sexual é um dos piores. Assim, para garantir a integridade física dos internos sentenciados por crimes sexuais, estes ficam separados. *“Não participam junto por causa da tipificação penal, é uma questão de segurança deles. Este crime sofre preconceito dentro da massa carcerária”.* (Profissional 4) Isso ocasiona o isolamento destas pessoas dentro do próprio sistema, visto que o atendimento e ala são separados.

4.3 O “Grupo de Sexualidade” do Complexo Penitenciário da Papuda

Em relação ao “Grupo de Sexualidade” este não surgiu de forma uniforme nos presídios do Complexo Penitenciário da Papuda. No CIR o surgimento foi em 2012 e na PDF 1 e PDF 2 foi em 2014. Este deu a partir da esfera judicial, ou seja, o juiz demandou dos profissionais da psicologia o atendimento a estes internos de forma específica.

Isso aconteceu após um fato que foi muito divulgado na mídia e que um dos profissionais explicou:

“A demanda já existia, os criminosos sexuais estavam aí e havia um atendimento individualizado muito tímido. Quando aconteceu a soltura de um interno que passou de oito a dez anos aqui, ele saiu e cometeu aquele monte de crime [se referindo a vários crimes sexuais] e ele tinha sido atendido uma ou duas vezes. [...] Tanto a psicologia quanto a psiquiatria colocaram que ele estava consciente, controlado, sabia onde estava e o que fazia. E isso não é dizer que ele não vai fazer alguma coisa, né? Enfim, quando esse cara saiu e

cometeu os crimes, tanto a mídia quanto a justiça caíram em cima do serviço de psicologia e psiquiatria e isso fez com que a justiça demandasse para a saúde a construção de um trabalho pra isso”. (Profissional 1)

Isso demonstra que antes deste acontecimento, que foi muito divulgado e fez com que os olhares da sociedade, do Estado e do setor jurídico se voltassem a estas pessoas, não havia ações específicas para este público. Foi necessária a ocorrência de um fato que chamou atenção para se iniciarem as ações de prevenção.

Portanto, a construção de um grupo de sexualidade se deu a partir da solicitação do juiz para um atendimento diferenciado da psicologia às pessoas que estavam presas por crimes sexuais. Como colocado, dentro do Complexo Penitenciário da Papuda a primeira experiência foi no CIR, entretanto, por entender que esta tipificação penal está presente nos presídios de regime fechado (PDF 1 e PDF 2) também, expandiu-se o grupo.

O “Grupo de sexualidade” do Complexo Penitenciário da Papuda é realizado por psicólogos e assistentes sociais. O grupo tem periodicidade semanal e é formado por dez internos. São seis encontros por cada grupo formado, sendo cinco encontros com os internos e o sexto e último encontro é realizado com os familiares, compreendendo que o apoio da família é essencial neste processo.

A abordagem e seleção para participação no grupo seguem alguns critérios. A seleção dos internos está vinculada à progressão de pena. Ou seja, dentro dos ofícios encaminhados aos profissionais a prioridade para participação do grupo é para aqueles internos que vão progredir de regime primeiro. A abordagem é realizada pelo psicólogo a partir de uma entrevista individual em que o profissional apresenta o ofício, explica os objetivos do grupo e convida o interno a participar.

Um aspecto importante e destacado pelos profissionais é a visão do interno perante o grupo. Como a solicitação é do juiz, a maioria dos internos compreende que a participação no grupo irá beneficiá-los de alguma forma e que os profissionais ali presentes influenciarão a decisão do juiz. Um dos profissionais expõe:

“Com o pedido do juiz eles acabam sendo obrigados a participar, mas o grupo não pode ser uma penalização, entende? E acaba sendo. [...] Então, existe aí uma valorização ruim do trabalho, pois os internos acham que quem libera eles para sair daqui é o psicólogo ou quem faz o grupo, no caso o assistente social”. (Profissional 1)

Outro profissional coloca:

“Há a explicação do grupo para o interno compreender o que é. Muitos desconfiam e é necessário criar uma relação de confiança”. (Profissional 4) Por outro lado, alguns internos demonstram uma reação de alívio como explica um dos entrevistados: *“Já que o juiz está me convidando pra isso é porque estão mexendo no meu processo”.(Profissional 1)*

Assim, não há a negação para a participação, pois os internos entendem que isto influenciará de forma positiva para o seu processo. Entretanto, algumas reações não são receptivas quando o convite é feito. Por exemplo, alguns se acham injustiçados ao serem convidados, visto que não assumem o crime.

As técnicas utilizadas no grupo seguem a linha da análise do comportamento explorando os fatores que levaram o interno a cometer o crime e o que reforça este comportamento. É importante destacar que não há a exposição do crime cometido, ou seja, o tema sexualidade é abordado de forma geral para que não haja conflitos. Evita-se a exposição e isso é orientado na entrevista individual, pois dentre os crimes sexuais também existe diferenciação e julgamentos. *“Entre os estupradores também tem a sua hierarquia. Aqueles que estupram mulheres adultas se sentem melhores do que aqueles estupram crianças por exemplo. Então assim, o fundo do poço aqui é o cara que estupra uma criança menor de dez anos, cinco anos, quatro anos...pior ainda se for pai. Esse é o fundo do poço”.(Profissional 1)*

Os psicólogos e assistentes sociais trabalham com palestras expositivas, filmes e algumas dinâmicas em que a participação do interno deve ser intensa, para que de fato haja a construção coletiva do conhecimento. São trabalhadas as categorias “nada”, “alguma coisa” e “tudo” em relação ao que foi feito.

Um dos profissionais coloca que para o início da reflexão crítica é necessário em um primeiro momento discutir o que é sexualidade e o que levou ao ato criminoso, sem expor o crime particular.

“O objetivo do grupo é dar orientação para que ele [o interno] tenha as ferramentas mínimas para começar a buscar meios, fatores de proteção evitando assim os fatores de risco. [...] O primeiro passo para haver a mudança é preciso assumir o que fez. O segundo passo é entender as contingências pessoais, sócio históricas, o antes, durante e depois do

crime. Então, trabalha com as questões da história de vida, com as relações sociais mesmo, questões de gênero, da cultura brasileira machista”. (Profissional 5)

Afirmam os profissionais que nos primeiros encontros há a negação, em que a categoria “nada” é colocada. Posteriormente, com a construção do conceito de sexualidade, explicitando o que a lei coloca, a visão da sociedade, trabalhando a construção do ato violento, a colocação no lugar da vítima por meio de técnicas de reflexão, as categorias “alguma coisa” e “tudo” começam a aparecer.

Os profissionais apontam a importância da família neste processo, e o último encontro dos grupos é um encontro familiar, entendendo que é necessário este trabalho com a realidade externa ao presídio.

“No encontro familiar que a gente vai passar a rede, entendendo que a família também precisa de acompanhamento, que ela passa por todo esse constrangimento lá fora, aqui, para entrar nessa fila, para entender eles também. Porque querendo ou não a família precisa de ajuda, esse tema é um tabu e muitos não entendem”. (Profissional 5)

Também ressaltam a importância da família reconhecer o crime, pois em alguns casos a família reforça este comportamento, como explica:

“Só para você ter uma idéia de como é isso da família, teve um caso de uma mulher que era muito religiosa...que o pai abusou da criança [filha] e essa mulher reforçava esse crime. Ela falava que a culpada era a vítima, a criança, porque a criança seduziu o pai. A criança estava com o demônio, com a pomba gira, a criança ficava andando com roupa curta. Então assim, isso é muito mais difícil. Se essa mãe justifica o crime do filho nós temos duas situações: uma criança desprotegida e um pai desprotegido, pois a chance dele cair de novo no crime é alta, já que ele tem o incentivo”. (Profissional 5)

As técnicas utilizadas pelas duas categorias profissionais visam à compreensão do significado de crime sexual, a educação para uma sexualidade saudável e a auto-responsabilização. Temas como a resiliência, sexualidade saudável, história do gênero na sociedade são abordados. Um profissional enfatiza:

“O objetivo é que eles cheguem à compreensão de que existe um ato que se chama crime sexual, existe um comportamento que é inadequado dentro de uma lei e que quem está nessa sociedade, neste espaço tempo histórico e eles concordando ou não eles infringiram a

lei. E aí é uma escolha deles...se infringir novamente ou não eles vão infringir conscientes de que estão fazendo uma coisa errada e não mais podendo dizer que não sabia. Isso é construção de cidadania, que aí ele pode escolher". (Profissional 1)

No que se refere aos grupos já realizados, no CIR foram realizados trinta e um grupos, na PDF 1 foram realizados dois e na PDF 2 foram realizados três grupos. Sobre a ocorrência de desistência de participação os profissionais afirmam que nenhum interno desistiu até o momento. Entretanto, um dos profissionais coloca que não sabe se esse fator não ocorre pelo interesse pelo grupo ou pelos internos acreditarem que desistir pode ser prejudicial ao processo penal, visto que é uma demanda judicial.

Em relação à percepção dos profissionais sobre alguma mudança no comportamento dos internos do decorrer dos encontros, eles afirmam que há uma mudança no sentido da promoção da reflexão. Exemplificam colocando que nos primeiros encontros há a negação, que eles colocam a "máscara da vítima" (sofreram uma armação) e ficam muito desconfiados. No decorrer dos encontros o comportamento dos internos muda e a maioria já demonstra um interesse pelo tema, já consegue fazer questionamentos e de certa forma trabalha com a categoria "alguma coisa".

Porém, o Profissional 3 coloca que possui certa dificuldade em compreender se há uma mudança por parte dos internos:

"É muito complexo, pois a gente está numa realidade que eles [internos] acham que precisam concordar com tudo e aceitar tudo. Então é um pouco difícil a gente perceber até onde eles realmente estão entendendo, promovendo uma reflexão e até onde não. Eu confesso que eu tenho um pouco de dificuldade para identificar até onde o nosso alcance ocorre ou não. Mas eu acredito que temos pequenos alcances". (Profissional 3)

Outro profissional também não consegue perceber se a mudança é real ou se trata de uma manipulação por parte dos internos:

"Durante os encontros eu não sei se dá pra perceber essa mudança, às vezes dá um ou outro. Mas se foi convencido ou não, não sei se dá pra sentir. A todo o momento eles já entraram negando o crime para se proteger e a todo o momento eles podem estar manipulando, e lá durante o grupo também...ainda mais esse grupo que eles acreditam que é obrigatório e vai influenciar em alguma coisa. Então, eles participam muito, falam que gostam, elogiam. Mas até onde isso é manipulação eu não sei". (Profissional 5)

O Profissional 5 exemplifica a obtenção de resultados desde o início da realização dos grupos de sexualidade:

“Tem uma pesquisa da justiça. A justiça falou que dos que participaram do grupo só dois reincidiram. Não quer dizer que eles foram curados e não quer dizer que eles não estão cometendo crimes, mas de fato, acredita-se que tenha surtido um certo efeito. Um desses ele estuprou duas vezes quando saiu. Era uma pessoa que não tinha amparo social nenhum lá fora, a gente fez os fatores de proteção...mas pra quem foi morador de rua e não tem família, qual o fator de proteção? Então ele foi para uma igreja, depois começou a usar drogas e voltou pra rua. Fator de proteção zero. Começou a fazer o que sempre fazia, ele era compulsivo, tinha todo um ritual. Ele chamou a polícia em um desses momentos e a polícia desligou pois não acreditava que alguém poderia ligar dizendo que estava estuprando. Na segunda vez a polícia pegou ele. Ele insistiu pra polícia pegar ele. Depois de estuprar a segunda mulher ele ligou várias vezes insistindo para a polícia ir buscar ele. Ele se entregou e lembrou ao juiz dizendo que participou do grupo, da palestra e na hora do crime a única coisa que lembrou é que foi orientado a ligar pra polícia para ajudá-lo. O outro caso a pessoa não reincidiu, ele era um autor de estupro com mulher e uma vez ele foi pego no parque se masturbando e olhando pra umas mulheres. Na mesma hora elas chamaram a polícia. O juiz iria mandar ele de volta para o sistema mas o psicossocial entrevistou dizendo que ele estava melhorando: ‘antes ele cometia o crime...olha a redução de danos. Ele fez o exibicionismo com atentado ao pudor, mas ele se controlou.’ Então, é essa mais ou menos a ideia, eles precisam ser acompanhados lá fora. Então, a gente vê que tem um impacto”.(Profissional 5)

Logo, os resultados apontados são a promoção da reflexão e a sensibilização frente ao tema da violência sexual e que isso terá impacto na prevenção futuramente. Apontam que o grupo gerou alguns desdobramentos, como por exemplo, a criação de um PAV (Programa de Atenção à Violência) específico: PAV Alecrim. Este, que é um programa externo e de acompanhamento a pessoas que cometeram violência sexual.

Também foi colocado que o “Grupo de Sexualidade” é um projeto a longo prazo, portanto, não se pode afirmar com certeza os resultados, já que não possuem indicadores específicos para sua mensuração.

Um profissional reafirma que o projeto é longo, mas exemplifica em números a reincidência de participantes do grupo.

“É difícil dizer um resultado, mas o que a gente já está observando que eles quando chegam no galpão [CPP], já chegam com alguns conceitos que eles não chegavam antes, já chegam colocando que fizeram ‘alguma coisa’ e antes era só ‘nada’. Então a gente acha um grande passo. Tem alguns voltando, mas os que voltaram por reincidência foram apenas dois...de trezentos e dez só dois voltaram por reincidência. O resto voltou porque foragiu ou outros motivos, não foi por reincidência. Eu acho que o grupo sensibiliza e só. E isso já é alguma coisa. Eles não tinham até agora um momento pra pensar e organizar o pensamento sobre isso. Não tinham nem uma oportunidade de falar sobre isso. E é um lugar [encontros do grupo] que se fala sobre isso. Em que eles podem dar a opinião deles, com o cuidado de não se exporem para não dar briga depois no pátio, mas enfim..eles se apropriam mais disso”.(Profissional 1)

Sobre os desafios para realização dos grupos, todos os profissionais apontaram para os mesmos. A questão da escolta aparece visto que os profissionais dependem da segurança para realização, logo, quando não tem escolta, não poderá acontecer o encontro.

“A questão dentro do sistema penitenciário é que a gente não trabalha de uma maneira autônoma, a gente depende da segurança para trabalhar, e isso muitas vezes impede que a gente tenha uma frequência adequada, uma rotina”. (Profissional 3)

Outro desafio diz respeito à questão do local, em que os profissionais colocam que é inadequado, quente e barulhento. Também colocam que a presença do agente penitenciário influencia a fala dos internos, pois eles sentem medo de sofrer represália.

E o outro desafio é pessoal, ou seja, um desafio interno dos próprios profissionais em lidar com a temática da violência sexual. *“O desafio profissional de enfrentar os seus fantasmas, sua batalha interna para lidar com pessoas que fizeram coisas muito feias, muito duras, dolorosas e que não assumem. Conseguir trabalhar o perdão e conseguir trabalhar com aquelas pessoas entendendo que são pessoas dignas de ajuda, de respeito, apesar do que fizeram”.* (Profissional 1)

Acerca da participação no grupo influenciar no processo de ressocialização do interno, os profissionais acreditam que há influencia visto o processo de reflexão que o interno passa:

“Uma semente foi plantada. Quando ele errar, ele vai saber o porquê está errado e não vai mais poder alegar inocência”. (Profissional 2) Ressaltam que ainda não possuem

subsídios para garantir essa influência, mas falam que algum pensamento fica e que tudo isso é um *“trabalho de formiguinha”*.

Sob a perspectiva da Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde do DF há a percepção de que o grupo é importante e apresenta resultados relacionados ao processo de reflexão, entretanto, a entrevistada afirma que para alcançar resultados maiores é preciso a articulação com a rede para atendimento dos egressos do sistema e a realização de grupos de trabalho que estudem e pesquisem o tema.

A entrevistada aponta que o surgimento do PAV Alecrim representa um grande avanço, pois serve de ponto de apoio e aumenta a possibilidade de discussão em torno desta temática. Foi posto em questão a resistência da sociedade em aceitar a implantação de um centro de apoio a agressores sexuais e novamente reforça-se a idéia da ressocialização da sociedade também, que não sabe lidar com pessoas que cometeram um crime.

“Quando foi criado teve um rebuliço muito grande, a presença da imprensa e muitas pessoas indo atrás para saber, muitas pessoas a favor, mas muitas contra e questionando ‘Como assim vai criar um serviço para essas pessoas? Falta serviço e vai criar logo pra eles...’ Então assim, foi um momento bem difícil e lá ficava perto de escolas e as pessoas alegavam que ia ser perigoso”.

A partir das entrevistas é possível afirmar que o “Grupo de Sexualidade”, que se caracteriza por ser um grupo de educação em saúde, causa a reflexão de seus participantes. E dentro do sistema prisional existir a possibilidade do interno refletir, conhecer e questionar o que o levou a cometer um crime já é um grande passo.

Portanto, o trabalho com grupos possibilita uma atuação multiprofissional e permite a visão sobre diferentes perspectivas de um mesmo tema. Isso enriquece o processo de reflexão e permite a troca de experiências fazendo com que o indivíduo perceba que está inserido em um meio social. Trabalhar a prevenção aparece como uma ferramenta dos profissionais da saúde para evitar os agravos e o adoecimento físico e mental. Logo, práticas como essa que possuem resultados positivos abrem o caminho para o debate frente à questão da violência sexual e de implantação de ações preventivas em detrimento de ações curativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema prisional brasileiro não consegue cumprir o seu objetivo principal que é proporcionar condições para a integração social do condenado. Seja por não oferecer estrutura adequada ou pela super lotação, o fato é que o índice de reincidência é alto.

Para que esta realidade seja alterada são necessárias ações dentro do ambiente prisional que possibilitem a reinserção do condenado, promovendo um processo de reflexão do que foi feito. Além disso, o sistema precisa contar com profissionais tanto da saúde quanto da própria segurança pública que atuem nesta perspectiva.

O “Grupo de Sexualidade” se constitui como um instrumento importante para o início do processo de ressocialização do indivíduo. Apesar de ser uma tipificação específica, já demonstra que este tipo de metodologia contribui para este processo e permite uma reflexão inicial que não acontecia.

Foram apontados alguns elementos importantes para análise dos resultados do grupo. Um deles é o fato da demanda não ser espontânea e sim judicial. Desta forma, por ser um pedido do juiz, isso faz com que o “Grupo de Sexualidade” pareça uma atividade obrigatória para a saída do sistema, causando às vezes uma compreensão errada por parte do interno e relacionado o grupo a uma “penalidade”, como foi colocado por um dos profissionais.

Outra questão é que não se pode garantir que o interno que participou do grupo não cometerá mais algum crime sexual, até pelo fato de que estes encontros não se caracterizam como um tratamento, como apontado pelo *Profissional 1*: “O nosso trabalho é uma intervenção breve. Nós funcionamos como centro de saúde, não temos capacidade de fazer algo especializado até porque aqui não temos como garantir o sigilo.”

Percebeu-se que em grande parte das falas os entrevistados apontaram para a necessidade de preparo da rede sócio-assistencial para abordagem da temática de violência sexual. Os profissionais colocam que não há uma articulação da rede, dificultando o apoio aos internos ao saírem do sistema carcerário. Pelo fato da violência sexual ser ainda um tabu na sociedade, uma das alternativas apresentadas seria a qualificação e capacitação de profissionais da saúde, especialmente dos CAPs, para trabalharem com os egressos.

A ressocialização pressupõe a convivência do interno na sociedade após a saída do sistema carcerário. Este processo é longo e pode ser avaliado a partir do índice de

reincidência. Por se tratar de um período extenso e da convivência do interno na sociedade não é possível afirmar que a participação no “Grupo de Sexualidade” contribui para a ressocialização, visto que seria necessário aguardar a saída do interno e um tempo de convivência social.

O que pode-se afirmar é que o “Grupo de Sexualidade”, sendo um grupo psico-educativo consegue promover a reflexão crítica, o auto conhecimento e o conhecimento da legislação sobre crime sexual. Essa reflexão crítica contribui para a prevenção de comportamentos de risco, visto que são dadas orientações de como procurar ajuda, como se prevenir e como se comportar em situações de risco.

Para que esta prevenção de fato ocorra e o interno seja acompanhado neste processo ele precisa de um aparato ao sair do sistema carcerário. Novamente se coloca a necessidade da implantação de programas, formulação de políticas públicas, cursos de capacitação destinados a atender esse tipo de público.

Portanto, a implementação do grupo representa um passo que está sendo dado em direção a criação de serviços destinados a agressores sexuais, abrindo o leque de discussões a respeito do tema. Mostra-se que a atenção não deve ser dada apenas a vítima e que há a possibilidade de prevenção se os setores saúde e segurança pública se articularem.

Levando em conta o que foi observado, o “Grupo de Sexualidade” contribui para a reflexão e prevenção de um comportamento de risco dos agressores sexuais participantes, a partir da construção do conhecimento conjunto com participação ativa dos internos e articulação de psicólogos e assistentes sociais no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WALDMAN, Eliseu. ROSA, Tereza. Vigilância em Saúde Pública. In. Saúde e Cidadania. São Paulo, 2012.

Violência sexual e tipos penais – quadro resumo. Disponível em: <http://www.nre.seed.pr.gov.br/patobranco/arquivos/File/Permanente/Equipe%20Disciplinar/Ciencias/Textos2013/Quadro_resumo_tipos_penais.pdf>

ROCHA, Isabella. CARDOSO, Nathalia. Um estupro por minuto e apenas 10% são denunciados. In. Portal PUC-Rio digital. 2014. Disponível em: <<http://puc-riodigital.com.puc-rio.br/Jornal/Pais/Um-estupro-por-minuto,-e-apenas-10%25-sao-denunciados-24503.html#.VCiFlmddWF>> Acesso em: 09/09/2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. ABEPSS/OPAS, 2006

Brasil. Conselho Federal de Serviço Social. Protocolo de Atendimento do Serviço Social na Saúde Prisional. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/images/Protocolos/Protocolos%20clinicos/protocolos%20clinicos/Atendimento%20do%20Servico%20Social%20na%20Saude%20Prisional.pdf>> Acesso em: 29/08/2014.

CARDOZO, Daniel. 70% dos presos são reincidentes. In. Jornal de Brasília. 2013. Disponível em: < <http://www.jornaldebrasilia.com.br/noticias/cidades/462357/70-dos-presos-sao-reincidentes/>>

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões. 20ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

MT JR PENAL. O Sistema Prisional Brasileiro. s.d.

DI SANTIS, Bruno; ENGBRUCH, Werner. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. In.: Revista Liberdades nº 11. Setembro-dezembro de 2012.

LOURENÇO, Cláudia. Ressocialização e seu fracasso: diagnóstico do sistema prisional brasileiro. Goiás. s.d.

CABRAL, Marcílio. A prisão: o mito da ressocialização. Pernambuco, 2011.

ASSIS, Rafael. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. In.: Revista CEJ, Brasília, ano XI, n.39, p. 74-78, out./dez. 2007

DIEGO, Fernando; CARVALHO, Janainy; MORAES, Juliendel; FARIA, Valleska; MENEZES, Rafael; PÁDUA, Sílvia. Sistema Prisional: As divergências sobre sua verdadeira função. In.: Revista da Católica, Uberlândia, v. 1, n 2, p. 44-55, 2009.

SILVA, José. Prisão: ressocializar para não reincidir. Curitiba, 2003.

PEREIRA, Luce. História do Estupro. Violência Sexual nos séculos XVI – XX. Tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro, 1998.

SANFELICE, Mirela; PERURENA, Fátima. Retrato da violência: um estudo de gênero sobre abusadores sexuais. Maranhão, 2009.

Brasil. Lei nº 8.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal.

Brasil. Lei 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

Brasil. Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

Brasil. Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003.

Brasil. Constituição Federal de 1988.

Resolução CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008.

FOLTRAN, Juliana; LEVYSKI, Juliana; FREITAS, Camila - As ações de DST/HIV/Aids no Sistema Penitenciário do Distrito Federal: os desafios da atuação profissional do assistente

social frente aos ditames da Segurança Pública. In.: SER Social, Brasília, v 11, n. 24, p. 82-105, jan/jun. 2009

Brasil. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. – Ministério da Saúde. 2004.

Brasil. Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. 2011.

Brasil. Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro. Brasília, 2007.

MACHADO, Lia. Masculinidade, sexualidade e estupro. As construções da virilidade. 1998.

SANFELICE, Mirela; Antoni, Clarissa. A percepção do abusador sexual sobre a (sua) sexualidade. In.: Interamerican Journal of Psychology, vol. 44, num. 1, 2010, pp 131-139. Austin, Puerto Rico.

CERVINI, Raúl. Os processos de descriminalização. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

Brasil. Políticas Públicas e Igualdade de Gênero – Caderno nº 8 da Coordenadoria Especial da Mulher – Prefeitura do Município de São Paulo. 2004

Brasil. Prevenção da violência sexual pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1> Acesso em: 13/11/2014.

DAHLBERG, Linda. KRUG, Etienne. Violência: um problema global de saúde pública. 2012.

CARREIRO, Adriana. Perfil dos criminosos sexuais de um presídio Estado do Paraná. Curitiba, 2012.

FERES, Carlos. FILHO, Rubens. ALMEIDA, Sérgio. CORDEIRO, José. Avaliação psicológica de grupos de criminosos do sistema penitenciário do estado de São Paulo. In. Revista USP p. 153-164, março/maio. São Paulo, 2002.

CARNOCHAN, John. BUTCHART, Alexander. FEUCHT, Thom. MIKTON, Christopher. SHEPHERD, Jonathan. Prevenção à violência: um convite à ação intersetorial. s.d.

CAMPOS, Maria Angela. Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde. São Paulo, 2006.

SOUZA, Cecilia. ADESSE, Leila. Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília, 2005.

FERREIRA, Fernanda. A prevenção da violência e promoção da cultura da paz: o papel da saúde pública. São Paulo, 2012.

DIAS, Valesca. SILVEIRA, Denise. WITT, Regina. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. In. Revista APS v. 12 n.2, p. 221 – 227. 2009.

MINAYO, M. C. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. 1998.

SILVA, Alice. As possibilidades da prática do Assistente Social no contexto prisional. In. Revista Noctua nº. 1. Brasília, 2009.

Brasil. CONASS. SUS 20 anos. Brasília, 2009.

Brasil. Portaria Interministerial nº 1.679 de 12 de agosto de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

Brasil. Portaria Interministerial nº 1 de 02 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2010.

KOBORI, Marcio. A política de saúde no Brasil: dilemas entre as relações público e privado. Campinas, 2008.

Brasil. Secretaria da Administração Penitenciária. Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania. Grupo de ações de reintegração social. Agressão sexual: uma rede de violência duradoura. In.: Agenda da Diversidade. Ficha nº 12. Setembro/2012. São Paulo.

ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro – Entrevista semi estruturada

- Caracterização do profissional

Há quanto tempo está atuando na saúde prisional.

Formação.

Qual o trabalho do assistente social na equipe de saúde e quais as principais demandas.

Qual o trabalho do psicólogo na equipe de saúde e quais as principais demandas.

- Perfil/caracterização dos agressores sexuais

- 1) Durante os atendimentos individuais, você percebe que internos sentenciados por crimes sexuais demandam ações diferenciadas? Se sim, quais?
- 2) Nos acolhimentos realizados e nas oficinas, criminosos sexuais participam junto com os outros internos? Por quê?
- 3) Você acredita que sentenciados por crimes sexuais ficam isolados dentro do próprio sistema? Por quê?

- Grupo

- 1) Como e quando surgiu o grupo no presídio que você trabalha?
- 2) Como ocorre a abordagem/seleção para participação no grupo? Existe prioridade
- 3) Quando os internos são convidados a participar do grupo, qual a reação dos mesmos?
- 4) Quais as técnicas e instrumentos utilizados para a reflexão crítica e busca pela prevenção de um comportamento de risco?

- 5) Quantos grupos foram realizados até o momento?
- 6) Tem desistência por parte dos internos no decorrer dos encontros? Esse número é alto?
- 7) Você percebe alguma mudança por parte dos internos no decorrer dos encontros? Quais?
- 8) Na sua avaliação, quais são os resultados do grupo?
- 9) Quais são os principais desafios para realização do grupo?
- 10) Você acha que a participação do interno no grupo influencia no seu processo de ressocialização? De que forma?

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: “Atuação de assistentes sociais e psicólogos do Complexo Penitenciário da Papuda no grupo realizado com agressores sexuais”.

O nosso objetivo é analisar em que medida o trabalho multidisciplinar com grupos contribui para o exercício de uma sexualidade saudável e possível ressocialização dos participantes, identificando a finalidade dos grupos e as estratégias adotadas.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista que você deverá responder na data combinada com um tempo estimado de dez minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Trabalho de Conclusão de Curso do pesquisador responsável, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Luiza Beatriz de Gusmão Stawiarski, telefone: (61) 8301-6463. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Atuação de assistentes sociais e psicólogos do Complexo Penitenciário da Papuda no grupo realizado com agressores sexuais”, de responsabilidade de Luiza Beatriz de Gusmão Stawiarski, aluna de graduação da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar em que medida o trabalho multidisciplinar com grupos contribui para o exercício de uma sexualidade saudável e possível ressocialização dos participantes, identificando a finalidade dos grupos e as estratégias adotadas. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo (a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista semi estruturada. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar.

Espera-se com esta pesquisa a possibilidade de ampliação de pesquisa da área temática. O Serviço Social quase não possui estudos e/ou pesquisas que abordem o Sistema Prisional e os internos

que ali se encontram. Logo, pretende-se ampliar os estudos nessa área, motivando pesquisadores e além disso, dar voz e oportunidade de aparecer, dentro das possibilidades, às pessoas privadas de liberdade.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 8301 – 6463 ou pelo e-mail lu.stawiarski@gmail.com

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador

Brasília, ____ de _____ de _____.